

# Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg

NZa  
*update 26 oktober 2020*

## Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1 Bronnen	3
1.2 Regionale indeling	4
1.3 Bepaling urgentie	4
1.4 Opzet	4
1.5 Samenvatting	5
1.6 Wijzigingen / ontwikkelingen	6
<b>2. Verwijzingen ZorgDomein</b>	<b>7</b>
2.1 Data	7
2.2 Resultaten verwijzingen	10
2.3 Schatting stuwmeer	19
<b>3. Urgentie</b>	<b>21</b>
<b>4. Actuele productie</b>	<b>24</b>
4.1 Registratie-effect en bijschatting	24
4.2 Patiënten	25
4.3 Verrichtingen	30
4.4 Specifieke patiëntgroepen: Staar en heup-/knievervanging	35
<b>5. Wachttijden</b>	<b>37</b>

## 1. Inleiding

Het is belangrijk dat mensen ook tijdens de corona-uitbraak de zorg krijgen die zij nodig hebben. Daarom gaf het ministerie van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit de opdracht om regie te nemen om de reguliere zorg zorgvuldig en veilig door te laten gaan. In het kader van deze taak is samen met andere partijen met man en macht gewerkt aan het verzamelen van zoveel mogelijk relevante databronnen.

### 1.1 Bronnen

Samen met zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars, ZorgDomein, Dutch Hospital Data (DHD) en het Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) hebben wij een overzicht gemaakt van het huidige aantal verwijzingen en de behandelingen die de afgelopen jaren in deze periode hebben plaatsgevonden. Via de NFU, NVZ, DHD en LBZ hebben we data gekregen over de onderhanden werk positie van ziekenhuizen. Het wachttijdhoofdstuk is gebaseerd op de wachttijden die zorgaanbieders in de MSZ bij de NZa hebben aangeleverd. Tenslotte hebben we beperkt bruikbare informatie gekregen over de klinische capaciteit in Nederland. Om tot een verantwoorde opschaling te komen is een beter inzicht in de capaciteit van de hele keten nodig. Met uitzondering van de wachttijden verwerkt de NZa voor deze rapportage geen gegevens van individuele ziekenhuizen.

## 1.2 Regionale indeling

Met ingang van het rapport van week 20 presenteren we ook cijfers per Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) regio. Figuur 1 geeft deze indeling weer.

## 1.3 Bepaling urgentie

Samen met Zorginstituut Nederland en medisch professionals heeft het LCPS (Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding) een indeling gemaakt om de urgentie van de zorgvragen te bepalen. Niet alle patiënten kunnen tegelijk in het ziekenhuis terecht. Daarom moet de zorg gefaseerd worden opgestart. Medisch specialisten kunnen het beste bepalen welke patiënten eerst zorg nodig hebben. Met deze indeling willen we hen houvast bieden om te kunnen vergelijken en een onderverdeling te maken op basis van urgentie. De indeling is door medisch specialisten beoordeeld en door het Zorginstituut gevalideerd. Deze indeling wordt separaat gepubliceerd.

## 1.4 Opzet

In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de verwijzingen van huisartsen naar medisch specialistische zorg, in de periode 1 januari tot en met 25 oktober 2020 (2018, 2019 en 2020). Daarnaast maken we een schatting van de grootte van de afname van de zorgvraag tijdens de coronacrisis, op basis van de verwijzingen. In hoofdstuk 3 ligt de focus op de urgentie van zorg. In hoofdstuk 4 gaan we in op de zorg die ziekenhuizen leveren (de actuele productie). In het laatste hoofdstuk staan de analyses met betrekking tot de wachttijden voor medisch specialistische zorg.

Figuur 1 ROAZ indeling



## 1.5 Samenvatting

Dit rapport focust op de ziekenhuiszorg. Daarin stellen we de volgende vragen:

- Hoeveel zorg is niet geleverd en om hoeveel patiënten of behandelingen gaat dit?
- Welk deel van de patiënten is nog niet in beeld bij het ziekenhuis?
- Hoe snel moet deze zorg geleverd worden om gezondheidsschade te voorkomen?
- Hoe staat het met de wachttijden in de MSZ?

### 1.5.1 Zorg niet geleverd

Het totaal aantal unieke patiënten in zorg in de onderhandenwerk registratie van 2020, in de periode januari tot en met september, is 8,7 miljoen. Dat is 12% minder dan in 2019. We weten echter dat een deel van de patiënten in zorg nog niet is geregistreerd. Eind september bedraagt het aantal patiëntencontacten per week ongeveer drie kwart van het aantal in dezelfde periode een jaar eerder. Als we dat o.b.v. de ons bekende registratie-effecten corrigeren, ligt het totaal aantal patiënten dat in het ziekenhuis behandeld wordt in september 19% hoger dan in 2018 en 2019. Dit betreft ook polikliniekbezoeken en operaties.

### 1.5.2 Minder verwijzingen

Daarnaast hebben we de afgelopen maanden de daling in kaart gebracht van het aantal patiënten dat door huisartsen is doorverwezen naar het ziekenhuis. Daarbij gaat het om patiënten die normaliter wel zouden zijn doorverwezen naar een medisch specialist, maar die nu niet in beeld zijn bij de ziekenhuizen. Op basis van de gegevens van ZorgDomein concludeerden we dat tijdens de coronacrisis het aantal verwijzingen van huisartsen naar het ziekenhuis over de gehele breedte van de zorg was afgenomen. Vanaf begin april nam het aantal verwijzingen weer gestaag toe en in de zomer was dit gestabiliseerd rond het niveau van eerdere jaren. Sinds begin oktober zien we weer een beduidende afname van het aantal verwijzingen.

### 1.5.3 Urgentie zorg

Van ongeveer 90% van de zorg weten we op basis van de separaat gepubliceerde urgentielijst hoe urgent die zorg nodig is om gezondheidsschade te voorkomen. Op basis van gegevens over voorgaande jaren weten we dat 40% van de ziekenhuiszorg waarvan de urgentie was bepaald binnen een maand verleend moest worden. Hiervan had ruim de helft van de patiënten nog sneller zorg nodig, namelijk 12% binnen 24 uur en 11% binnen een week. Na het begin van de coronacrisis daalde de niet-urgente zorg het meest. Ook in de periode juli tot en met september is er relatief de meeste aandacht voor urgente zorg. In alle urgentieklassen was de productie in de afgelopen maanden hoger dan in dezelfde periode vorig jaar.

#### 1.5.4 Wachttijden

Het aantal wachttijden voor polikliniek bezoeken dat de treeknorm overschrijdt is sinds juni ongeveer terug op het niveau van begin dit jaar. Na juni begon het weer langzaam boven het niveau van begin dit jaar te stijgen. Het aantal wachttijden voor geselecteerde behandelingen dat landelijk de treeknorm overschrijdt is gestegen.

### 1.6 Wijzigingen / ontwikkelingen

We brengen regelmatig een geactualiseerde versie van dit rapport uit die we in overleg met de dataleveranciers (Zorgdomein en DHD) uitbreiden en verbeteren. In deze versie is het volgende gewijzigd ten opzichte van de vorige versie:

- In de eerste weken van oktober zien we dat het aantal verwijzingen weer aan het afnemen is. Er zijn dan weer minder verwijzingen dan verwacht. In week 43 hebben 88 duizend verwijzingen plaats gevonden. Het verschil tussen het daadwerkelijke aantal verwijzingen en het verwachte aantal begint in oktober weer te groeien. In de laatste twee weken is het aantal verwijzingen 63 duizend minder dan verwacht.
- De daling in het aantal verwijzingen is zichtbaar bij alle 13 specialismen waarnaar het meest is verwezen in 2020. De sterkste daling in de afgelopen weken vonden plaats bij het specialisme orthopedie.
- De daling in het aantal verwijzingen in de afgelopen weken is ook zichtbaar in alle ROAZ regio's. In de noordelijke ROAZ regio's neemt het aantal verwijzingen in week 43 wel toe ten opzichte van week 42. Waarschijnlijk is dit een vakantie effect, omdat in deze regio's de herfstvakantie in week 42 viel (in tegenstelling tot de andere regio's).
- In september is het aantal patiëntcontacten, rekening houdend met registratie-effecten, duidelijk hoger dan vorig jaar. Dit is het meest het geval bij urgentere zorgvragen en bij academische ziekenhuizen.
- In september is het aantal wachttijden voor geselecteerde behandelingen dat de treeknorm overschreid gestegen in vrijwel alle regio's. Wij zien voornamelijk een opvallende stijging in wachttijden bij heup en staar-operaties.
- Het hoofdstuk voor verwijzingen is dit keer uitgebreid met o.a. verschillen tussen regio's en specialismen.

## 2. Verwijzingen ZorgDomein

ZorgDomein biedt een online platform waar vraag (vanuit de patiënt en huisarts) en aanbod bij elkaar komen. Huisartsen kunnen via het platform van ZorgDomein patiënten doorverwijzen naar aangesloten instellingen. Vrijwel alle ziekenhuizen en een groot deel van de huisartsen maakt gebruik van dit systeem. De NZa ontvangt van ZorgDomein wekelijks een geaggregeerd bestand met verwijstotalen per provincie, ROAZ regio, specialisme en verwijstype naar zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en ziekenhuizen. Behalve de gegevens van dit jaar ontvangen wij ook de data van dezelfde weken uit 2018 en 2019.<sup>1</sup>

Tot met de rapportage van juli 2020 hebben we steeds een update gegeven over het aantal verwijzingen. Daarna hebben wij deze sectie ingekort omdat het verwijzingsvolume aan het einde van de zomer vergelijkbaar was met het volume van 2019 en 2018. In de eerste weken van oktober zien we echter dat het aantal verwijzingen weer onder het niveau van 2019 en 2018 is komen te liggen (zie Figuur 3). Beginnend met dit rapport zullen wij dus weer uitgebreider over de verwijzingen rapporteren, door bijvoorbeeld in te zoomen op verschillen tussen regio's, specialismes en type verwijzingen.

### 2.1 Data

Bij het interpreteren van de verwijsdata moet rekening gehouden worden met een aantal zaken:

- Een verwijzing betekent niet automatisch dat een patiënt hier ook daadwerkelijk gevolg aan geeft. Het aantal verwijzingen is dus waarschijnlijk een overschatting van het aantal mensen dat daadwerkelijk naar het ziekenhuis gaat. Dit effect kan door angst voor besmetting groter zijn dan normaal.
- Verwijzingen zijn niet op patiëntniveau, sommige patiënten krijgen meer dan een verwijzing. Het aantal patiënten waarop de verwijzingen betrekking hebben is dus lager dan het totaal aantal verwijzingen.
- De vakantieperiode kan per regio in een andere periode vallen, waardoor een mogelijk vakantie effect in een andere periode zichtbaar is. Ook kan de vakantieperiode per regio verschillen ten opzichte van vorig jaar.

Ondanks dat de overgrote meerderheid van de verwijzingen van huisartsen via ZorgDomein gaat, hebben we voor de volledigheid de verwijzingen uit 2019 gecombineerd met het totale aantal initiële subtrajecten (nieuwe zorgvragen) in Vektis waarvan de verwijzer

<sup>1</sup> Week 1 bestaat niet elk jaar uit hetzelfde aantal dagen, daarom zijn gegevens van week 1 niet vergelijkbaar tussen jaren en met andere weken.

een huisarts is. De specialismen die door ZorgDomein worden gebruikt komen niet altijd overeen met de specialismen die de NZa hanteert, waar mogelijk zijn deze gekoppeld. De vergelijking tussen het aantal verwijzingen van ZorgDomein en het aantal zorgtrajecten in Vektis kent een aantal nuances:

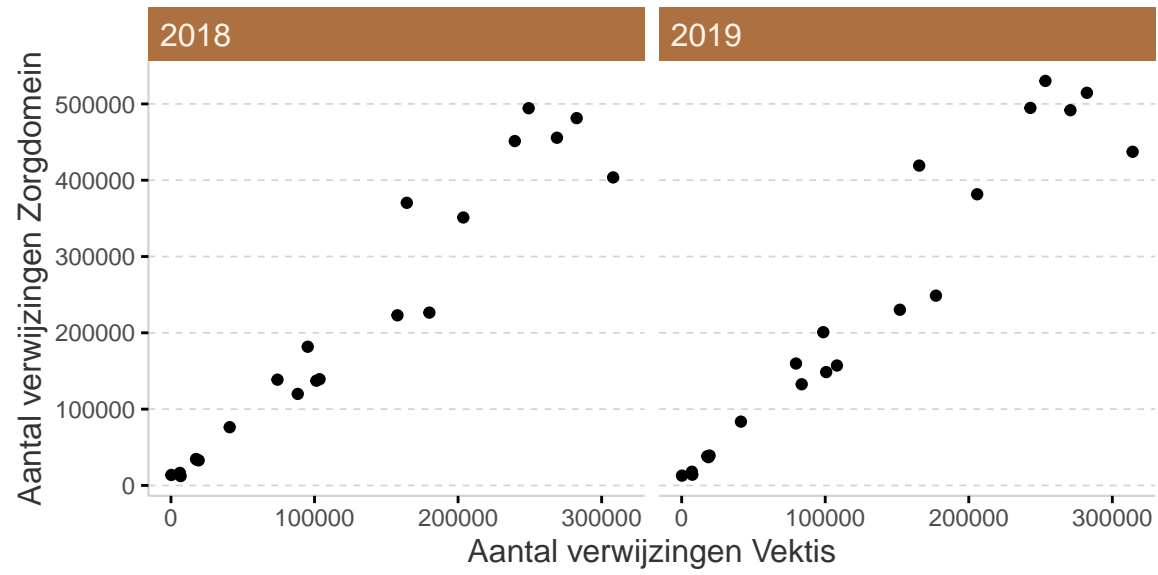
- Niet iedere verwijzing zal resulteren in een zorgtraject.
- De periodes worden een op een vergeleken, terwijl een verwijzing ook later opgevolgd kan worden.
- De dekking van ZorgDomein is niet volledig.

Figuur 2 geeft de relatie tussen de verwijzingen in ZorgDomein en de zorgtrajecten in Vektis. Elk datapunt staat voor een NZa specialisme. In totaal kunnen we 97.68% van de verwijzingen koppelen aan een NZa specialisme. De verwijzingen die we niet kunnen koppelen zijn niet medisch specialistisch. Bijvoorbeeld verpleging en verzorging, hulpmiddelenzorg, of paramedische zorg.

Uit de analyse blijkt dat er niet getwijfeld hoeft te worden aan de representativiteit van de ZorgDomein verwijzingen.



Figuur 2 Dekking gegevens ZorgDomein

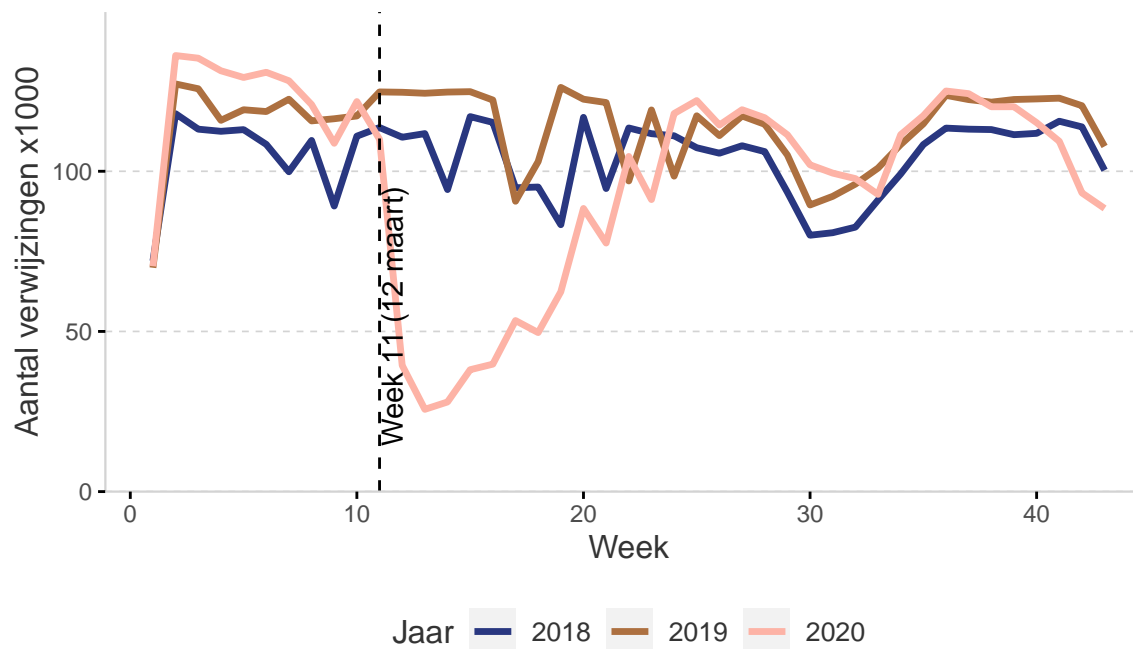


## 2.2 Resultaten verwijzingen

### 2.2.1 Landelijke verwijzingen

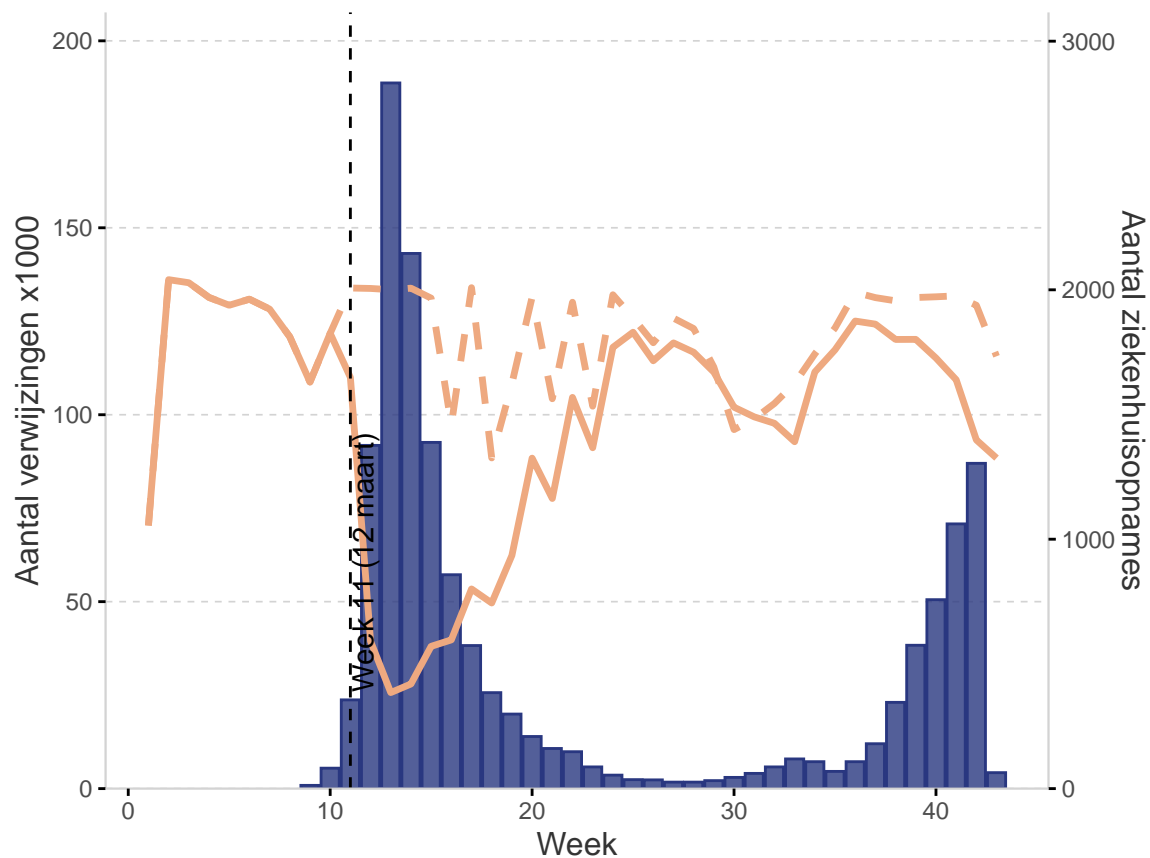
In Figuur 3 wordt het landelijke verwijzingsvolume getoond voor de eerste 43 weken van 2018, 2019 en 2020. In de figuur is week 11 gemarkeerd met een verticale lijn. In deze week valt 12 maart, het moment waarop de eerste landelijke covid-19 maatregelen werden aangekondigd (op deze dag werden evenementen afgelast en riep de overheid op om zoveel mogelijk thuis te werken). Het aantal verwijzingen valt in deze week sterk terug, van ruim honderdduizend verwijzingen in de weken voor week 12 tot 39 duizend in week 12, 26 duizend in week 13 en 28 duizend in week 14. Het verwijzingsvolume was aan het einde van de zomer vergelijkbaar met het volume van 2019 en 2018. In de eerste weken van oktober zien we echter dat het aantal verwijzingen weer aan het afnemen is. Er zijn dan weer minder verwijzingen dan verwacht. In week 43 hebben 88 duizend verwijzingen plaats gevonden.

Figuur 3 Landelijk verwijzingsvolume 2018-2020 per week



Figuur 4 geeft het aantal verwijzingen en ziekenhuisopnames van patiënten met COVID-19 (bron: RIVM) tegelijk weer<sup>2</sup>. De zalmroze stippellijn geeft een schatting van het aantal verwijzingen dat verwacht mocht worden zonder coronacrisis. Er is een duidelijk verband tussen ziekenhuisopnames en verwijzingen naar het ziekenhuis.

Figuur 4 Landelijk verwijzingsvolume en ziekenhuisopnames per week



<sup>2</sup> Gegevens na 16 oktober worden momenteel nog aangevuld door de verpleegafdelingen en zijn dus nog niet compleet.

### 2.2.2 Verwijzingen per provincie, ROAZ regio en specialisme

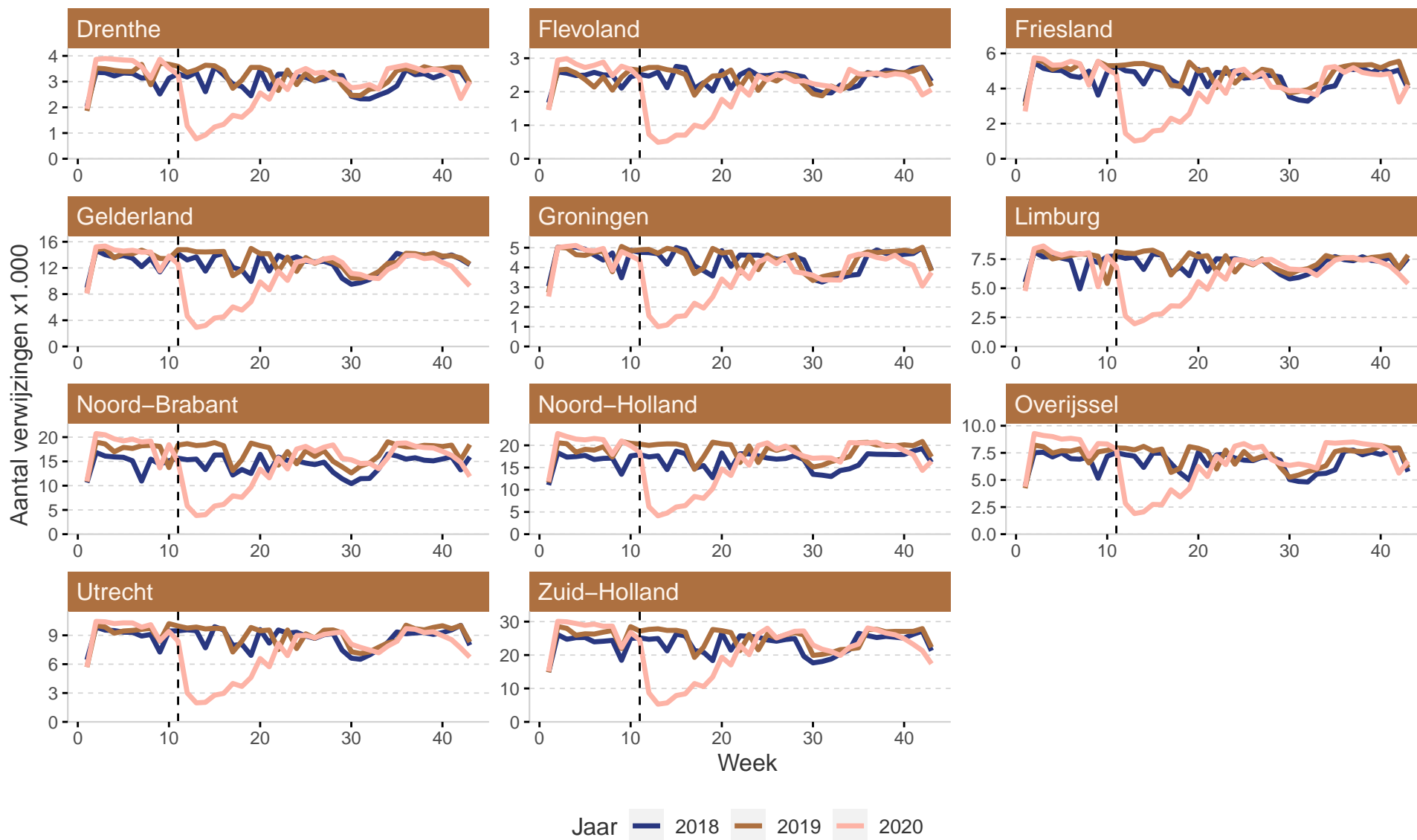
In Figuur 5 en 6 wordt het verwijzingsvolume uitgesplitst naar provincie en ROAZ regio. Een uitsplitsing naar specialisme volgt in Figuur 7. Voor het specialisme wordt het ZorgDomein specialisme gebruikt en we laten de 12 specialismen zien waarnaar het meest verwezen wordt in 2020 en het specialisme longgeneeskunde.<sup>3</sup> In de provinciale analyse wordt Zeeland weggelaten omdat de verwijzingen hier naar slechts een ziekenhuis leiden. Uit beide uitsplitsingen valt op te maken dat er geen uitzonderingen zijn op de terugval in verwijzingen. Verder valt op dat:

- De daling van de afgelopen weken in het aantal verwijzingen is zichtbaar bij alle 12 specialismen waarnaar het meest is verwezen in 2020. De sterkste daling in de afgelopen weken vond plaats bij het specialisme orthopedie.
- De 13 getoonde specialismen samen zitten in week 43 op minimaal 61% van het gemiddeld aantal verwijzingen in de weken 2 tot en met 11 van 2020. Het hoogste en laagste percentage (85% en 61%) vinden we bij Gynaecologie / verloskunde en KNO-heelkunde.
- De daling van het aantal verwijzingen in de afgelopen weken is ook zichtbaar in alle ROAZ regio's. In de regio's West, Limburg, Oost en Midden Nederland is de daling het duidelijkst zichtbaar. In de noordelijke ROAZ regio's neemt het aantal verwijzingen in week 43 wel toe ten opzichte van week 42. Waarschijnlijk is dit een vakantie effect, omdat in deze regio's de herfstvakantie in week 42 viel (in tegenstelling tot de andere regio's, waar de herfstvakantie in week 43 valt).

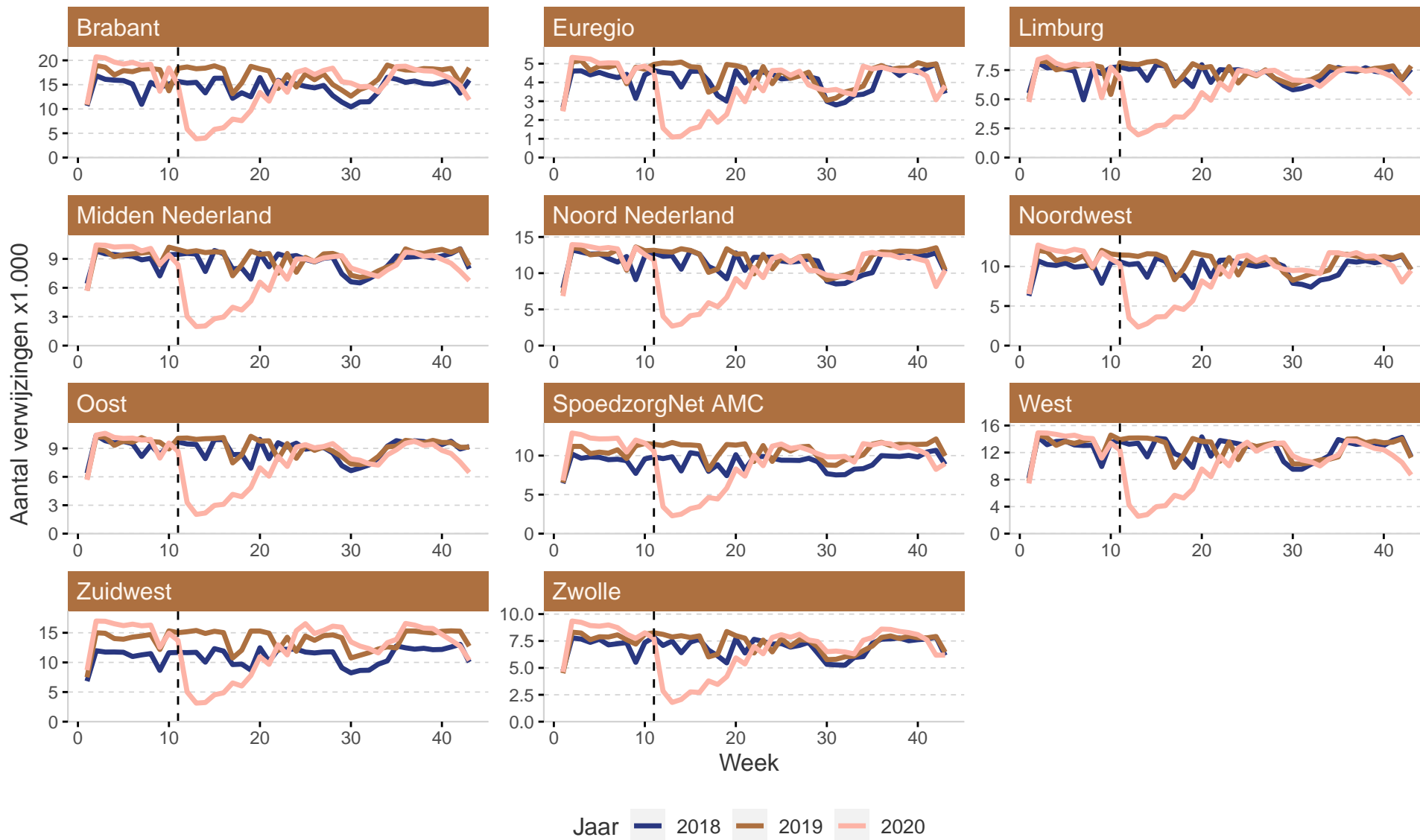
---

<sup>3</sup> De selectie van specialismen kan afwijken van eerdere versies van dit rapport doordat het totaal van verwijzingen over 2020 na elke nieuwe week anders is.

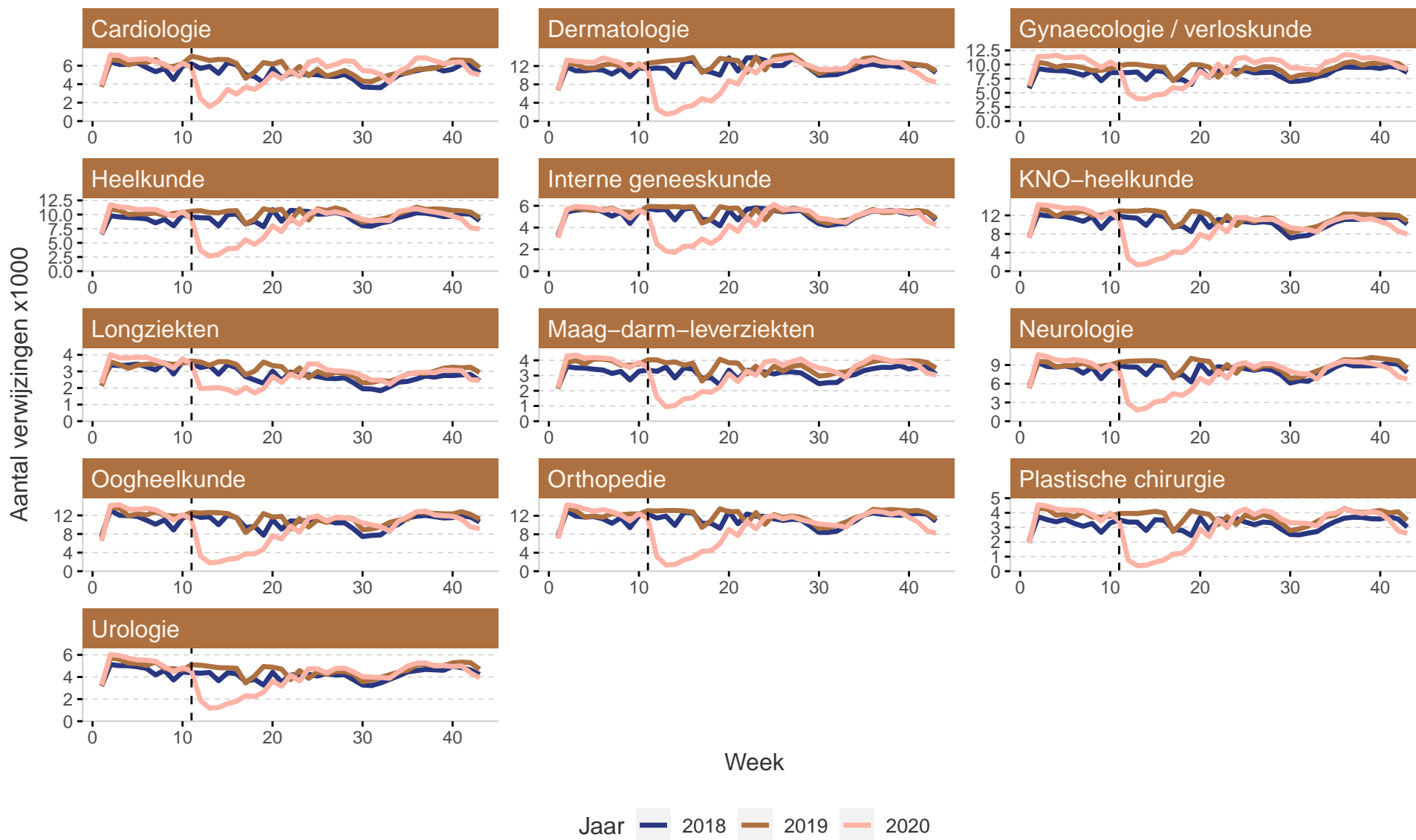
Figuur 5 Verwijzingsvolume per provincie per week



Figuur 6 Verwijzingsvolume per ROAZ regio per week



Figuur 7 Verwijzingsvolume grootste 13 ZorgDomein specialismen per week

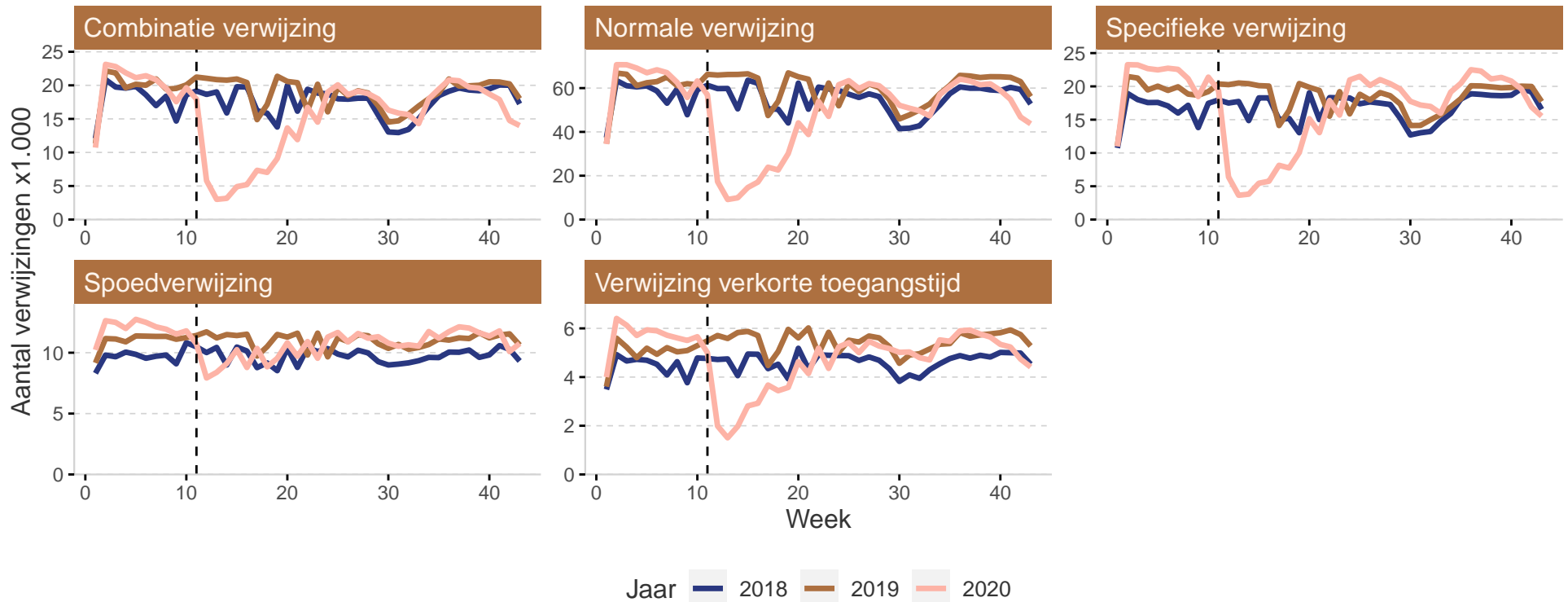


### 2.2.3 Verwijzingen per type

De gegevens van ZorgDomein bevatten ook informatie over het type verwijzing. Zoals te zien is in Figuur 8 kennen alle categorieën een terugval in de afgelopen weken. Het aantal spoedverwijzingen is de afgelopen week wel weer toegenomen. De categorieën spoedverwijzingen en verwijzingen verkorte toegangstijd liggen nog rond het niveau van 2018/2019, de rest is onder het niveau van 2018 en 2019 terecht gekomen.

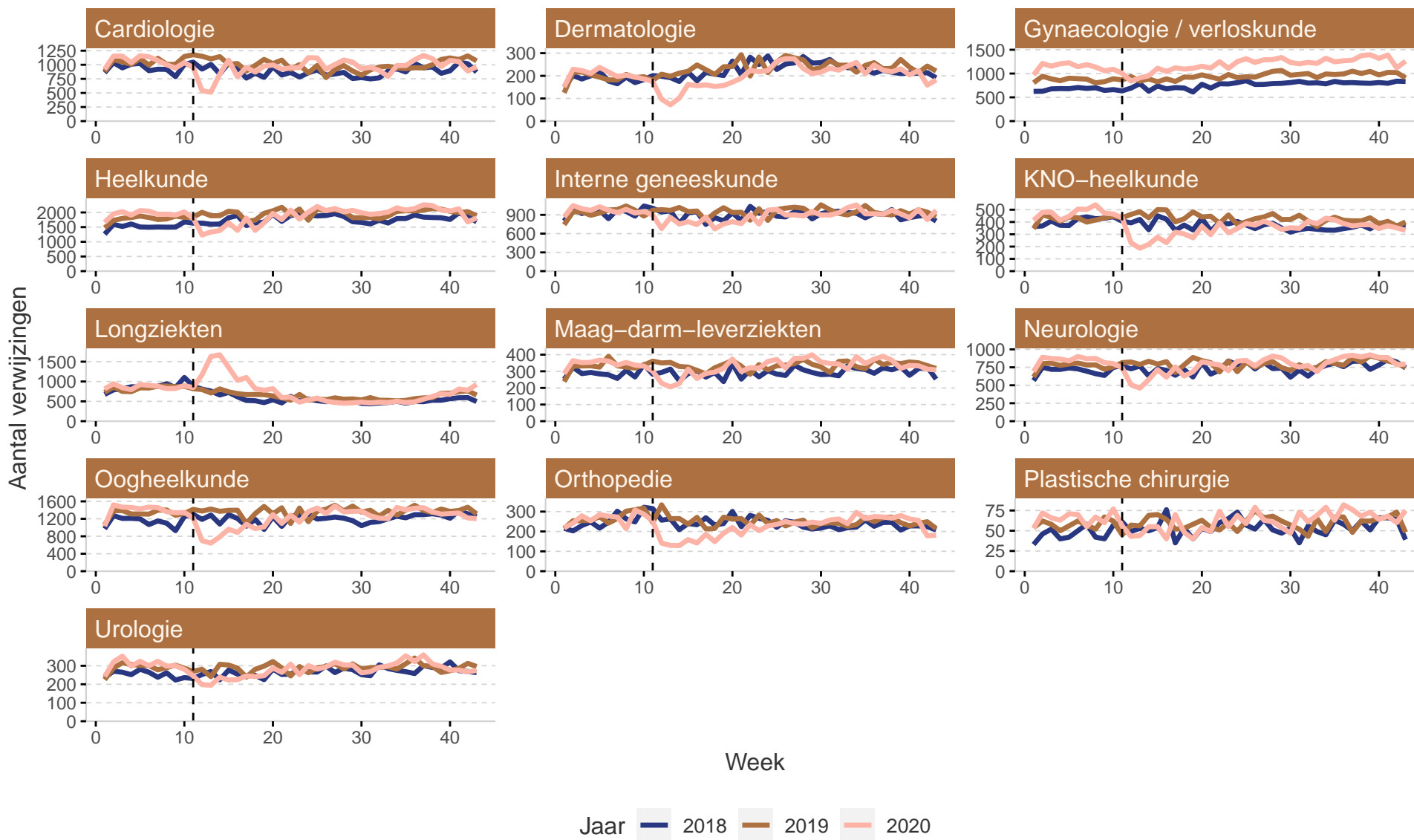
In Figuur 9 splitsen we de spoedverwijzingen uit naar specialisme. Het aantal spoedverwijzingen naar de specialismen orthopedie en dermatologie ligt duidelijk onder het niveau van 2018 en 2019. Het aantal verwijzingen met een verkorte toegangstijd wordt, voor de 13 grootste specialismen, weergegeven in Figuur 10.

Figuur 8 Verwijzingsvolume per type verwijzing per week

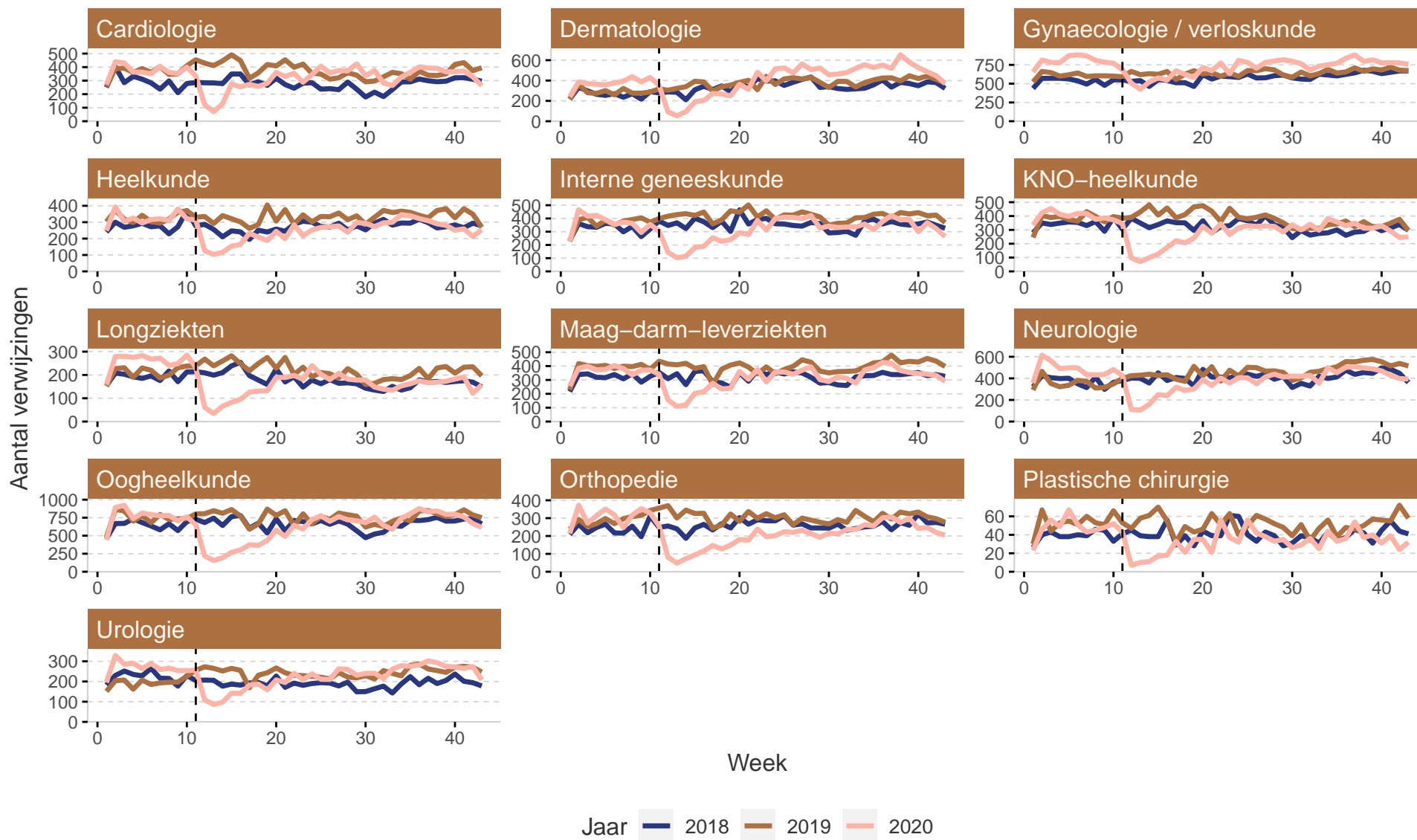




Figuur 9 Verwijsvolume spoedverwijzing per specialisme per week



Figuur 10 Verwijzvolume verkorte toegangstijd per specialisme per week



## 2.3 Schatting stuwmeer

De gegevens van ZorgDomein gebruiken we om een ruwe schatting te maken van de omvang van het stuwmeer aan zorg: zorg, die in vergelijking met voorgaande jaren niet is geboden. We onderscheiden drie verschillende groepen:

- Mensen die wel zorg nodig hebben, maar niet naar de huisarts zijn gegaan tijdens de crisis.
- Mensen die op de wachtlijst stonden voor de coronacrisis begon en door de crisis nog niet zijn geholpen.
- Mensen die tijdens de crisis wel een verwijzing hebben gekregen, maar nog niet geholpen zijn.

We kunnen niet het aantal mensen schatten op basis van de verwijzingen omdat iemand meerdere verwijzingen kan krijgen. De schatting van het stuwmeer zal dus in termen van verwijzingen zijn.

### 2.3.1 Schatting van het aantal ontbrekende verwijzingen doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan

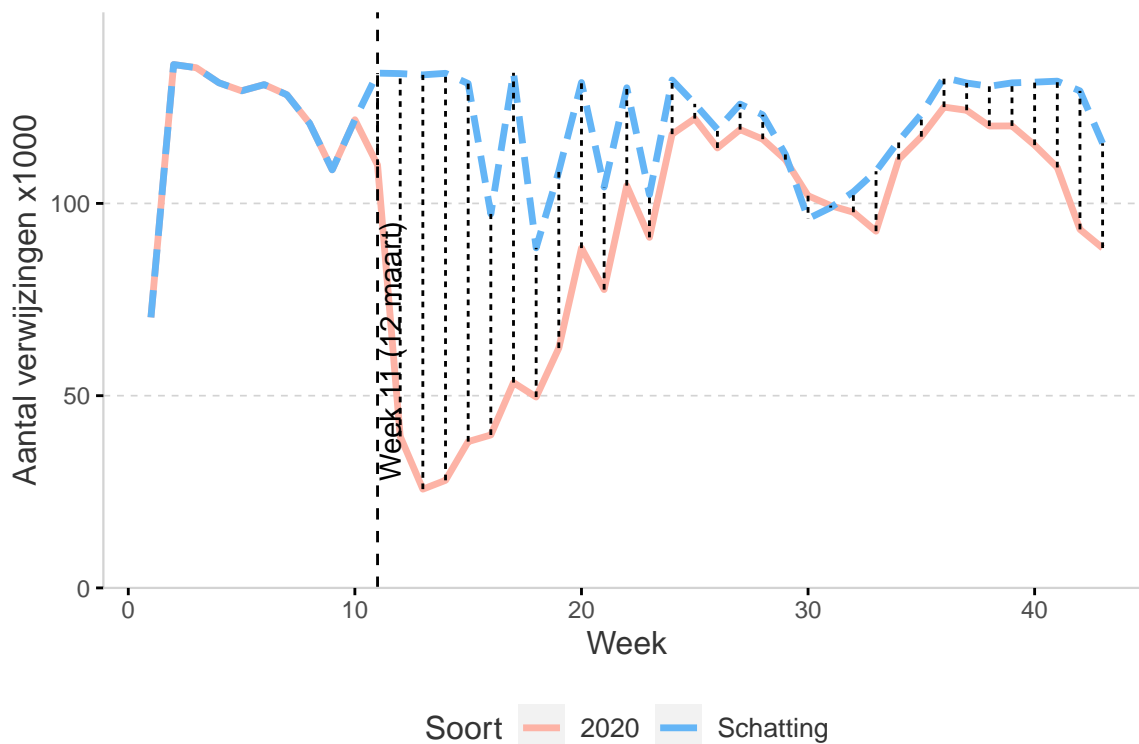
Om een inschatting te maken van het aantal verwijzingen dat niet is gedaan doordat mensen niet naar de huisarts zijn gegaan moeten we het aantal verwijzingen schatten in het geval de coronacrisis niet zou hebben plaatsgevonden. Dit doen we op de volgende manier:

1. Bepalen van het aantal verwijzingen per werkdag per week.
2. Bepalen gemiddelde aantal verwijzingen per werkdag voor week 2 tot en met 10 in 2019 en 2020 (uitgezonderd vakantieweken). Dit is de referentieperiode.
3. Voor 2019 per week vanaf week 11 bepalen van de procentuele afwijking ten opzichte van het gemiddelde van de referentieperiode in 2019. Dit noemen we het wekeffect.
4. Na week 10 vermenigvuldigen we het gemiddelde van de referentieperiode van 2020 met het wekeffect. Dit vermenigvuldigen we vervolgens met het aantal werkdagen in de betreffende week.
5. Voor Pasen en Goede Vrijdag maken we een uitzondering, hierbij gebruiken we het wekeffect van de week waarin de feestdag viel in 2019 (wekeffecten week 16/17 in 2019 gebruiken we voor week 15/16 in 2020). De meivakantie viel in 2019 ook in week 18, hiervoor hoeven we geen correctie toe te passen. N.B. voor de zomervakantie en de herfstvakantie is geen correctie toegepast.

We gebruiken 2018 niet omdat het aantal verwijzingen in 2018 structureel lager lag dan in 2019 en 2020. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er in 2018 minder huisartsen en of ziekenhuizen op ZorgDomein waren aangesloten.

Uiteindelijk nemen we het verschil tussen het verwachte aantal verwijzingen en het daadwerkelijke aantal in 2020 (zie Figuur 11). Het gaat in totaal om ruim 954 duizend minder verwijzingen dan dat we zouden verwachten zonder crisis. Op dit moment ligt het aantal verwijzingen op 76% van het verwachte aantal verwijzingen zonder coronacrisis. Het verschil tussen het daadwerkelijke aantal verwijzingen en het verwachte aantal begint in oktober weer te groeien. In de laatste twee weken is het aantal verwijzingen 63 duizend minder dan verwacht.

Figuur 11 Schatting stuwmeer verwijzingen



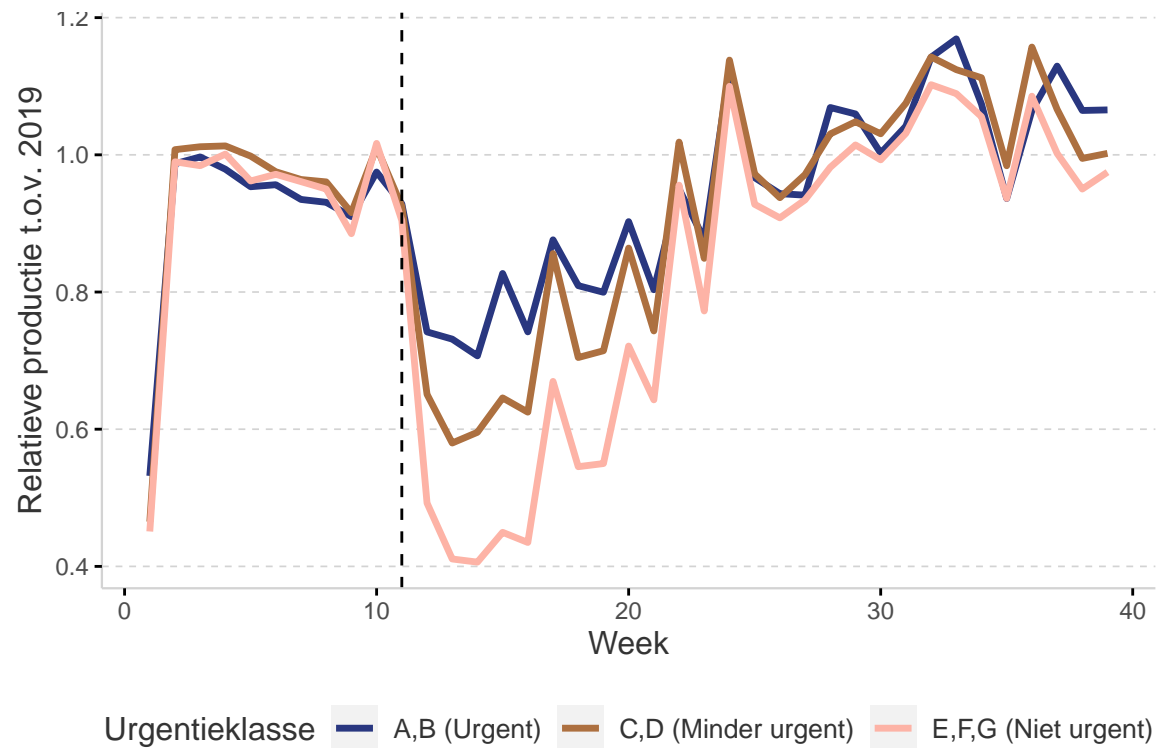
### 3. Urgentie

Er zijn grote verschillen in de urgentie. Om deze variatie inzichtelijk te maken houden we de indeling naar urgentie van het Zorginstituut en het LCPS aan. Per combinatie van specialisme, diagnose, zorgproduct (behandeling) is een toewijzing naar één van deze categorieën gemaakt. Deze hebben we laten valideren door een groep experts bij het Zorginstituut. Dit is voor ruim 4.300 diagnose-zorgproduct combinaties gedaan, waarmee we voor bijna 90% van de jaarlijkse patiëntenstroom een urgentie-indicatie hebben.

Er worden 7 urgentieklassen onderscheiden. Hieraan zijn categorielabels gekoppeld met een letter (A t/m F), en een termijn waarbinnen de eerste zorg geleverd zou moeten worden. Deze lopen uiteen van spoed (A: binnen 24 uur zorg nodig) tot uitstelbaar (F: kan eventueel 3 maanden of langer wachten). Een voorbeeld van de eerste categorie is de begeleiding van een bevalling door een gynaecoloog. De zorg voor patiënten in deze urgentieklasse gaat over het algemeen zeven dagen per week door. Het betreft relatief dure trajecten met bovendien een groot deel van de zorg in de eerste week. Een voorbeeld van de laatste categorie (F. > 3 maanden) is een staaroperatie bij een ziekte van de ooglenzen door een oogheelkundige. De zorg voor deze groep vindt over het algemeen op werkdagen plaats, kent een lagere zorgintensiteit en is over een langere periode uitgespreid.

Om de urgentie te bepalen van het onderhanden werk in de ziekenhuizen is een vertaalslag nodig. De openstaande subtrajecten zijn immers nog niet af te leiden tot zorgproducten, waardoor koppeling met de urgentielijst niet mogelijk is. We hebben daarom historische zorgdata (DIS-data over 2018) gebruikt om de urgentielijst zover als mogelijk om te zetten naar het niveau van diagnose plus zorgactiviteiten (op zorgprofielklasse-niveau). Voor een deel van de productie blijkt dat goed mogelijk. Dit zijn de 'homogene diagnoses': alle zorgproducten die in de praktijk afgeleid kunnen worden bij patiënten met zo'n diagnose vallen in dezelfde urgentieklasse. We hoeven dus niet te weten welk zorgproduct er wordt afgeleid. Daarnaast zijn er ook heterogene diagnoses: in welke urgentieklasse het uiteindelijke zorgproduct valt is in dat geval sterk afhankelijk van specifieke zorgactiviteiten in het zorgprofiel. Zolang dus het zorgprofiel nog niet volledig is, kan de urgentie ook niet precies worden bepaald aan de hand van de data. Wel kunnen we met historische data de kans schatten dat deze zorg in een bepaalde urgentieklasse landt. Door dit voor alle patiënten te doen en de kansen op te tellen per urgentieklasse, lukt het om voor de volledige ziekenhuiszorg de urgentie toch redelijk goed te schatten.

Figuur 12 Productie uitgesplitst naar urgentie per week



Figuur 12 laat zien hoe de productievolumes van de verschillende urgentieclassen zich ontwikkelden gedurende 2020. Per urgentieklasse is het relatieve productievolume zichtbaar (gemeten in een geschat aantal verrichtingen) ten opzichte van dezelfde week een jaar eerder. Hierbij is op dezelfde wijze gecorrigeerd voor registratieachterstanden als in de rest van dit rapport.

Duidelijk zichtbaar is de scherpe daling bij de minst urgente categorieën direct na week 11. De meest urgente zorg daalde veel minder sterk. Ook in de periode daarna blijft er relatief meer aandacht bij de urgente zorg. Hoewel de verschillen gering zijn, is er ook in juli, augustus en september meer aandacht voor urgente zorg dan voor de minder urgente zorg. Alle categorieën bevinden zich gedurende de zomer enige tijd boven het niveau van 2019. Omdat de capaciteit en de totale productie weer op het oude niveau

zijn (zie hoofdstuk 4) zou dit kunnen wijzen op een inhaaleffect: Het aantal patiënten met urgente zorgvragen is groter dan gebruikelijk. Patiënten met urgente klachten gaan hiermee alsnog naar de huisarts en naar het ziekenhuis. Het verhoogde aantal spoedverwijzingen en verwijzingen met versnelde toegang wijst hier ook op. Hieronder kunnen ook patiënten zijn die te lang hebben gewacht om naar de dokter te gaan, waardoor schade is opgetreden die direct behandeld moet worden. Het is niet duidelijk of patiënten met minder urgente klachten dan ook langer moeten wachten. We weten niet of het aantal patiënten dat op behandeling wacht hoger is dan gebruikelijk of dat patiënten (eventueel met hun huisarts) besluiten een eerste bezoek nog uit te stellen bij minder urgente klachten en dus ook nog niet op een wachtlijst worden geplaatst. Het totale aantal doorverwijzingen door de huisarts is niet hoger dan gebruikelijk, wat er op zou wijzen dat er in juli relatief minder patiënten met naar verwachting uit te stellen zorgvragen naar het ziekenhuis zijn gegaan voor onderzoek. In onze data kunnen we dit onderscheid naar urgentieniveaus niet maken. Het aantal verwijzingen zegt niet alles, omdat veel patiënten al bekend zijn bij de specialist en voor herhaalbezoeken en -behandelingen geen verwijzing nodig hebben. Het kan dus ook zijn dat minder urgente behandelingen ook nog iets langer worden uitgesteld. Vanaf augustus/september zien we echter dat ook het aantal behandelingen bij niet urgente zorg hoger is dan het niveau in eerdere jaren. Ook hier is een deel van de uitgestelde zorg ingehaald.

## 4. Actuele productie

Van Dutch Hospital Data (DHD) ontvangen we maandelijks data over het onderhanden werk van ziekenhuizen. DHD verzamelt, beheert en bewerkt data van ziekenhuizen en beheert standaarden voor de registratie ervan. Dankzij de aanlevering hebben we inzicht in het onderhanden werk van 51 ziekenhuizen die dit versneld hebben kunnen aanleveren. Dit biedt ons de mogelijkheid om te kijken waar en in welke mate de productie is teruggevallen naar aanleiding van de coronacrisis. Het aantal ziekenhuizen verschilt ten opzichte van eerdere rapportages omdat alleen ziekenhuizen zijn weergegeven die over de gehele periode hebben aangeleverd en waarvan de cijfers voor de crisis niet teveel registratie-achterstand laten zien.

Het onderhanden werk omvat de productiecijfers tot en met september 2020 (week 39). Dit is zorg die al wel aan patiënten is verleend maar nog niet is gedeclareerd. Net zoals bij de verwijzingen vergelijken we de wekelijkse cijfers met dezelfde weken in 2018 en 2019. Hierbij moet nog wel worden opgemerkt dat de cijfers van 2020 minder compleet zijn dan die van de jaren ervoor. Daarnaast is het onderhanden werk versneld uitgevraagd en loopt de registratie hierdoor gewoonlijk over de laatste twee weken nog iets achter op de weken daarvoor.

### 4.1 Registratie-effect en bijschatting

We vermoeden dat mede door de bijzondere omstandigheden tijdens de coronacrisis de hoeveelheid zorg die is geregistreerd de afgelopen maanden niet de volledige productie weergeeft. De consequentie is dat het herstel van de reguliere productie in de afgelopen maanden waarschijnlijk wordt onderschat. We zien ook dat bij iedere nieuwe aanlevering nog productie wordt toegevoegd voor alle voorgaande maanden. Dit verklaart gedeeltelijk de blijvend lage lijn in de meeste productiecijfers. De laatste twee weken zijn het meest onvolledig, maar ook over april zijn in de afgelopen maand door sommige ziekenhuizen nog cijfers aangeleverd.

In dit rapport vergelijken we de verschillende aanleveringen van DHD om het registratie-effect vanaf april te schatten, met de aanname dat de data van januari, februari en maart volledig zijn. Hierbij hebben we een correctie toegepast op de aantallen van 2020 om het registratie-effect dat we op basis van alle leveringen hebben kunnen schatten te demonstreren. In de meeste figuren wordt deze geschatte productie weergegeven met een extra lijn, bovenop de lijn die de daadwerkelijk gemeten productie toont.

We doen dit door op het niveau van ziekenhuizen en specialismen te berekenen hoe groot de toename in aanlevering over een bepaalde productiemaand is na 1 maand, na 2 maanden enzovoort. Deze percentages gebruiken we vervolgens om een factor te berekenen waarmee naar verwachting de data voor een bepaalde maand nog zal toenemen in de komende maanden totdat deze



compleet zal zijn. De aangeleverde data hogen we op met deze factor. Het registratie-effect kan per ziekenhuis en per levering verschillend zijn. Bij verdeling naar specialismen worden dit soort uitzonderingen redelijk uitgemiddeld. Bij verdeling naar ROAZ-regio, kan de bijschatting voor een ROAZ-regio met slechts enkele ziekenhuizen sterk beïnvloed worden door een enkel ziekenhuis, als die bijvoorbeeld in één maand heel veel data aanlevert. Daarom tonen we de gecorrigeerde aantallen niet per ROAZ-regio.

Nieuw is dat we de correctiefactoren voor de laatste 4 weken afzonderlijk berekenen. In deze periode is het registratieeffect het grootst, vooral in de laatste week verwachten we een significant grotere correctiefactor dan in de eerste week van de laatste maand. Voor dit verschil wordt nu beter gecorrigeerd in de figuren.

We berekenen de correctiefactoren op basis van de aanleveringen van april tot en met september, onder de aanname dat vertragingen in registratie en aanlevering in de nabije toekomst gemiddeld genomen onveranderd zullen blijven. Als er vanwege de tweede golf al veranderingen zijn in de snelheid van aanlevering, houden we daar geen rekening mee.

Tenslotte zijn er nog een aantal aanvullende factoren die tot registratie artefacten kunnen leiden:

1. Er gaat enige tijd overheen voordat een patiënt wordt toegewezen aan een specialisme, mogelijk omdat er verschillende specialisten bij de behandeling betrokken zijn. Het aantal patiënten per specialisme lijkt hierdoor sneller af te nemen dan in de plotjes met het totaal aantal patiënten per week. Hiermee moet rekening gehouden worden bij de interpretatie van de figuren met aantallen patiënten per specialisme.
2. Het registratie-effect is groter bij verrichtingen, omdat deze pas later gecodeerd en aan een patiënt en specialisme worden gekoppeld. De daling is daarom sterker bij consulten, opnamen en operaties dan bij aantallen patiënten. Dit geldt in het bijzonder voor verpleegdagen.

## 4.2 Patiënten

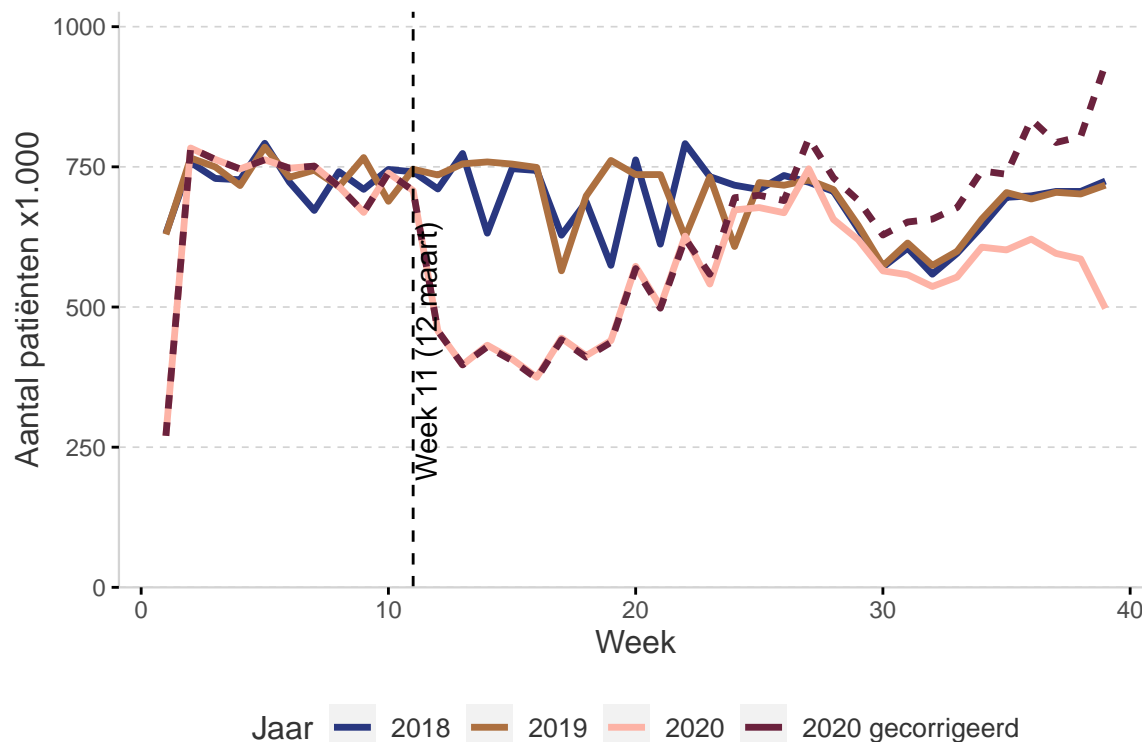
Figuur 13 geeft de landelijke ontwikkeling van het aantal patiënten per week weer.<sup>4</sup> Vanaf week 11 was de daling in het aantal patiëntcontacten (per week) ongeveer 50%. Dit is in de maand april nog iets verder teruggelopen. In mei zien we een stabilisatie van het aantal patiëntcontacten per week, en vanaf juni zien we een duidelijke toename. Als we corrigeren voor de eerder genoemde registratie-effecten, lijkt het totaal aantal patiënten dat in het ziekenhuis behandeld wordt in juli iets hoger dan in 2018 en 2019. Dit verschil neemt toe in augustus en september. De daling in alle jaren in week 28 tot 34 is toe te wijzen aan de zomervakantie.

---

<sup>4</sup> Het originele bestand betreft het aantal patiënten per ziekenhuis per diagnose, waardoor een patiënt met meerdere diagnoses ook meerdere keren in de overzichten terug kan komen.

Het totaal aantal unieke patiënten in zorg in de onderhandenwerk registratie van 2020, in de periode januari tot en met september, is 8,7 miljoen. Dat is ca. 12% minder dan in 2019.

Figuur 13 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per week



Figuur 14 en 15 laten een uitsplitsing zien naar ROAZ en naar specialisme van het aantal patiënten met een contact in die week voor de periode januari t/m september (week 1 t/m week 39) in 3 opeenvolgende jaren.

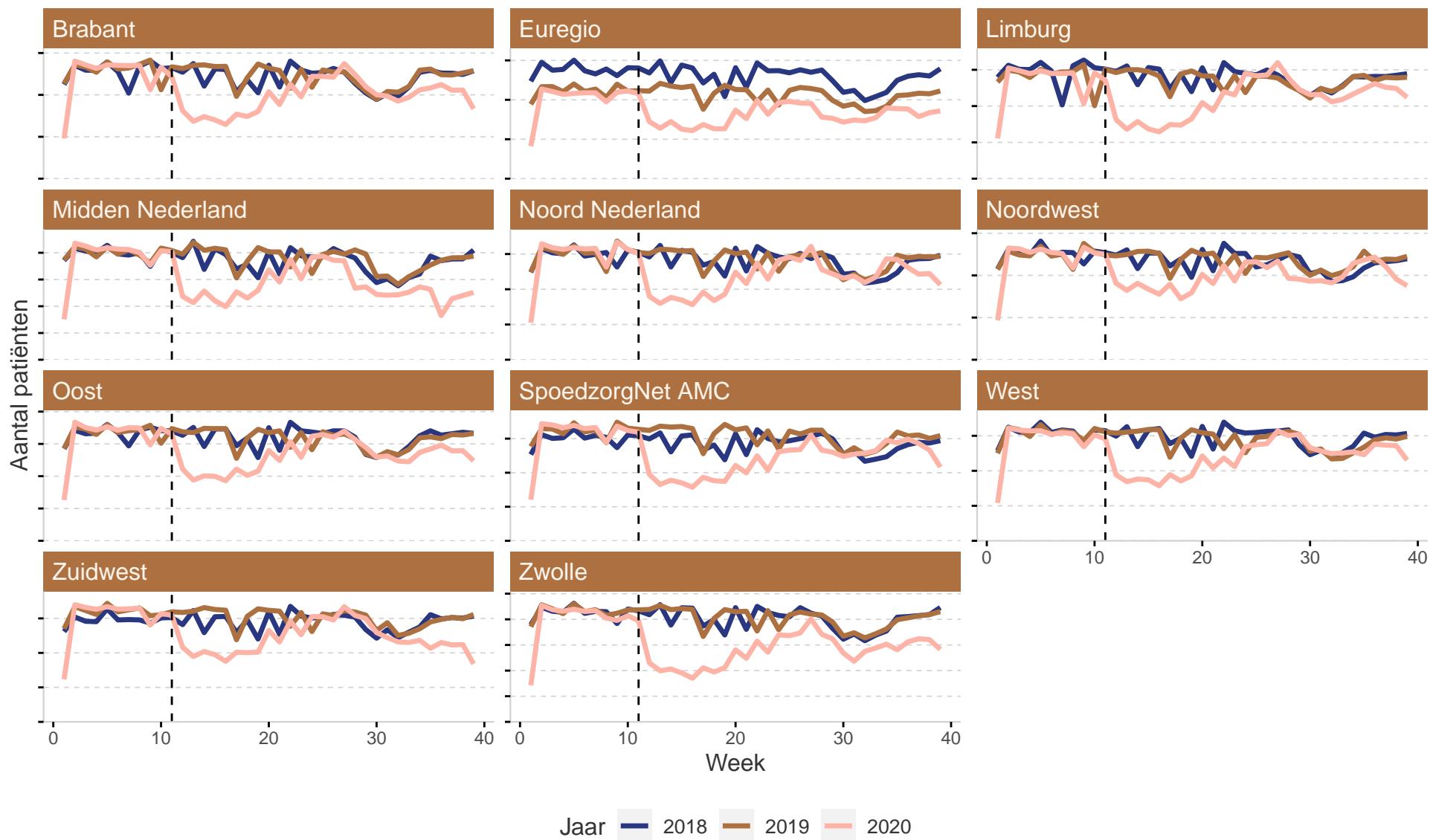
Op regioniveau is het niet goed mogelijk om te corrigeren voor registratie-effecten. Doordat het aantal ziekenhuizen in sommige regio's klein is kan de bijschatting sterk beïnvloed worden door de aanlevering van één ziekenhuis. Bij de uitsplitsing naar specialisme speelt dit niet. Daar is duidelijk dat het aantal patiënten in behandeling bij alle specialismen in de maanden augustus en september

boven het niveau van 2018 en 2019 ligt.

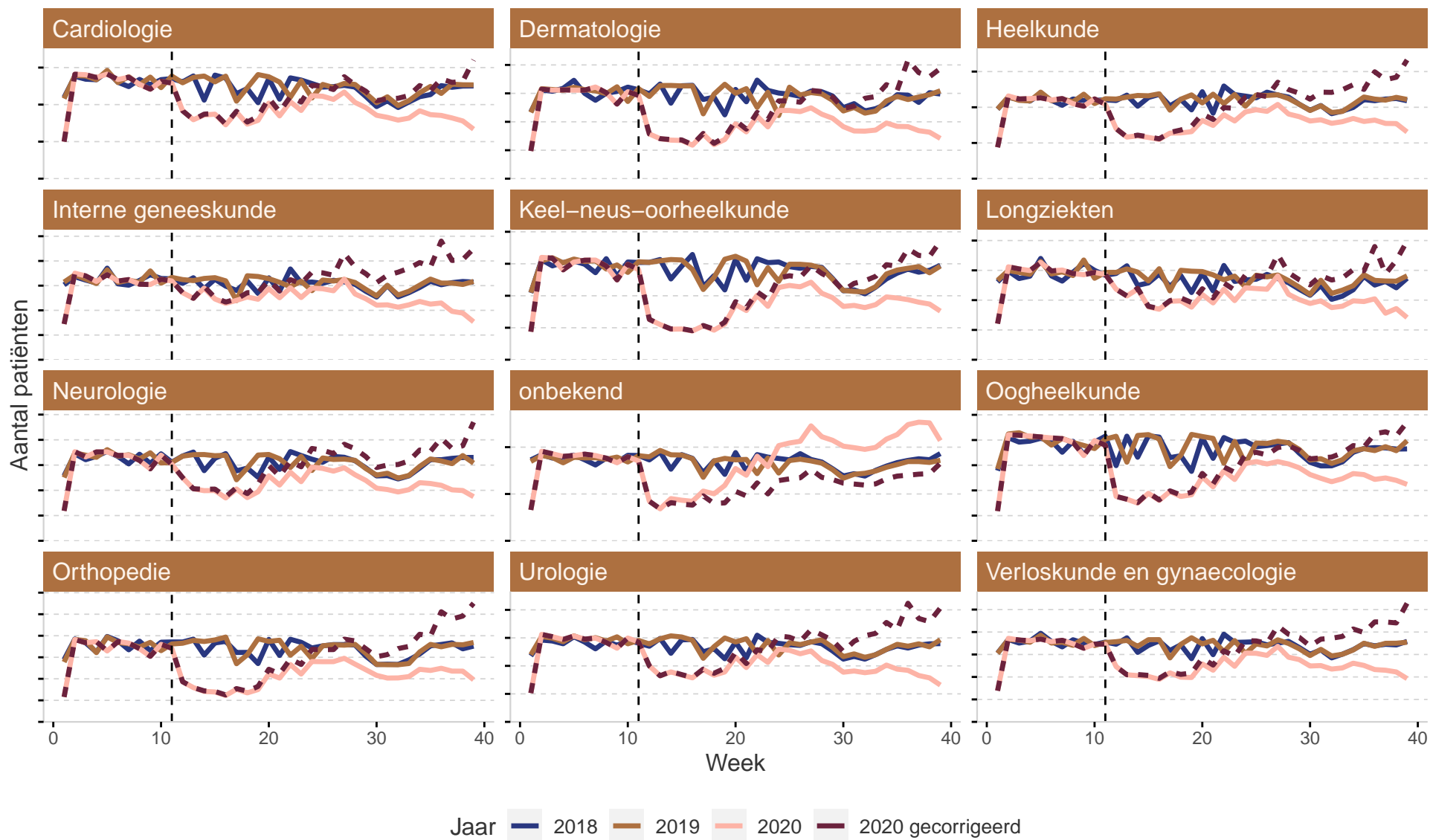
Omdat de aantallen patiënten en verrichtingen verschillen ten opzichte van eerdere rapporten en de dekking niet bij elk specialisme en regio gelijk is, zijn de lijnplotjes bedoeld om de relatieve ontwikkeling zichtbaar te maken. Het aantal patiënten op de verticale as laten wij daarom achterwege.

Figuur 16 laat een uitsplitsing zien naar type instelling. Tussen week 20 en 25 lijkt er weinig verschil te zijn tussen de typen instellingen. Vanaf week 25 hebben de academische ziekenhuizen hun productie verder opgehoogd tot bijna 20% boven het niveau van een jaar eerder (week 33). Bij de andere ziekenhuizen is de stijging beperkt tot enkele procenten. De daling die zichtbaar lijkt te worden vanaf week 34 is hoogstwaarschijnlijk het gevolg van snelheidsverschillen in aanlevering van de productiedata.

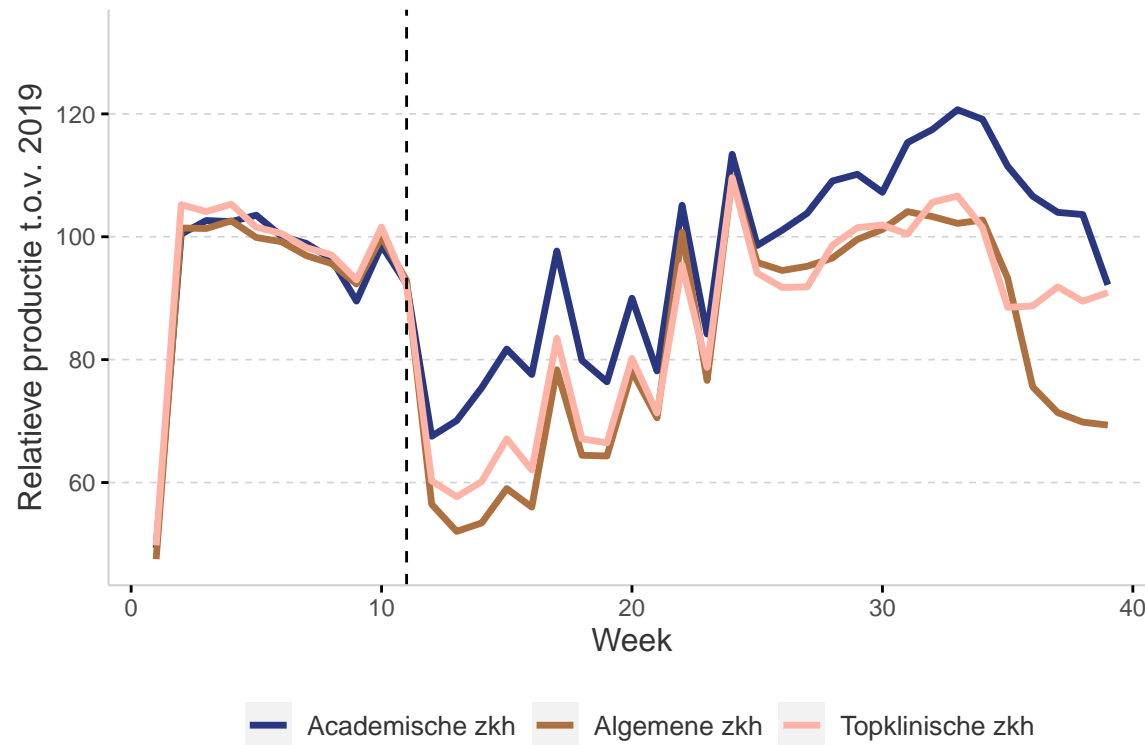
Figuur 14 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per roaz regio



Figuur 15 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2018-2020 per specialisme



Figuur 16 Aantal patiënten in het onderhanden werk 2020 per type instelling per week



### 4.3 Verrichtingen

Naast het aantal patiënten kunnen we ook kijken naar het aantal activiteiten. Omdat de verschillen tussen provincies moeilijk te duiden zijn beperken we ons nu tot de uitsplitsing naar specialismen. In de DHD data blijft de productie ongeveer gelijk in april en mei, en neemt dit toe vanaf juni.

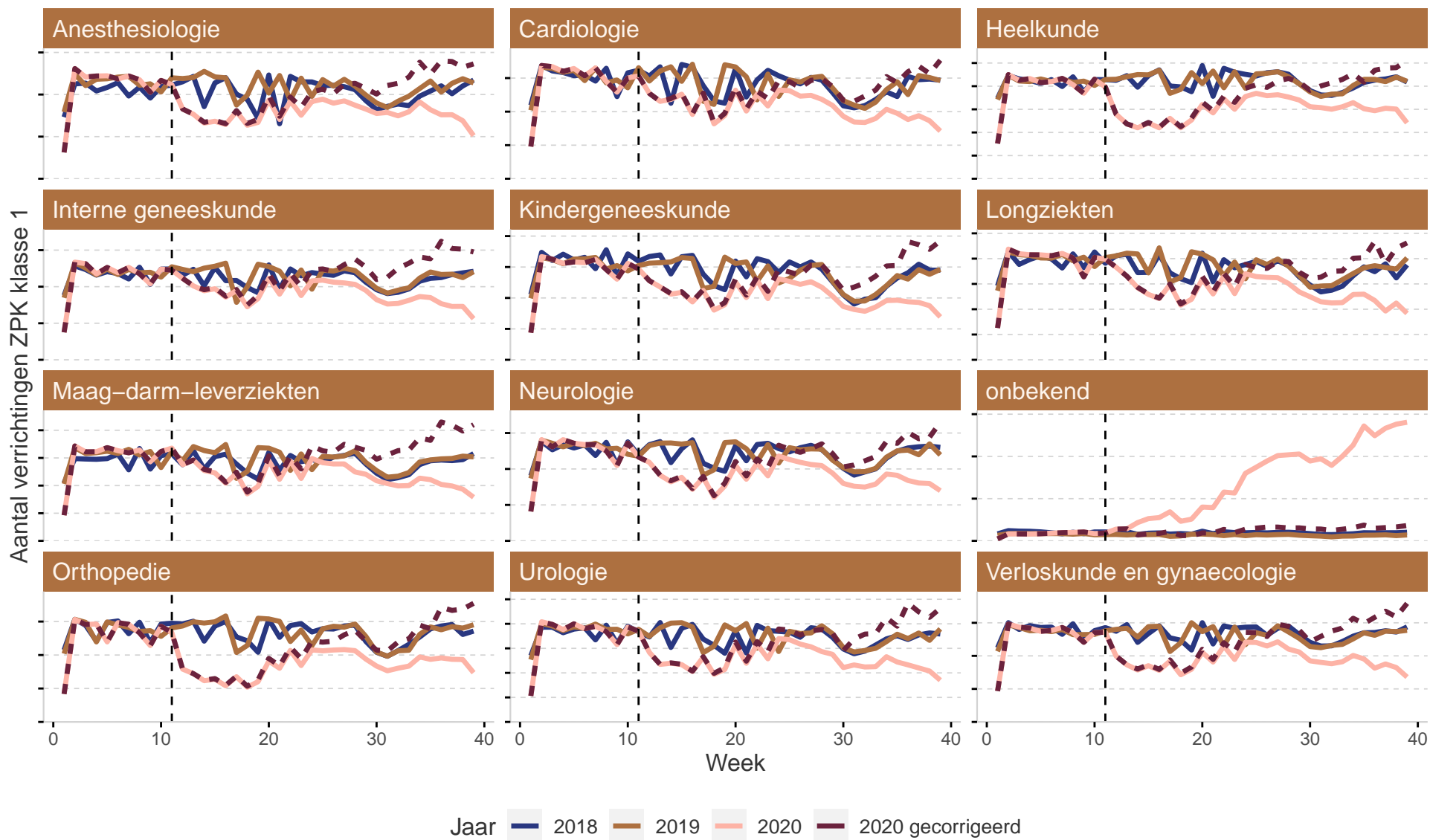
Figuur 17 laat het aantal polikliniekbezoeken (inclusief belconsulten/e-consulten) zien per specialisme. Bij de meeste specialismen lijkt het aantal polikliniekbezoeken in week 30 na correctie terug op het niveau van 2018/2019. Vanaf week 30 kunnen we spreken

van een inhaalslag bij vrijwel alle specialismen: het aantal consulten per week is met name in september hoger tot ruim hoger dan de voorgaande jaren. Voor nieuwe patiënten is de behandelaar vaak nog niet opgenomen in de registratie en kan een patiënt dus niet worden toegewezen aan een specialisme. In de data staan deze patiënten met specialisme onbekend. Vooral in de laatste weken is de toename in werkelijkheid dus wat groter dan uit de figuren blijkt.

Het aantal verpleegdagen (Figuur 18) is ook vanaf week 30 weer op het oude niveau. Bij urologie en orthopedie is de laatste weken sprake van een inhaalslag. De registratie van verpleegdagen (zorgprofielklasse 3) kent om verschillende redenen een zodanige vertraging dat ze in heel 2020 structureel lager liggen dan de werkelijke productie. De piek bij Anesthesiologie heeft betrekking op kleine absolute aantallen en heeft dus weinig betekenis.

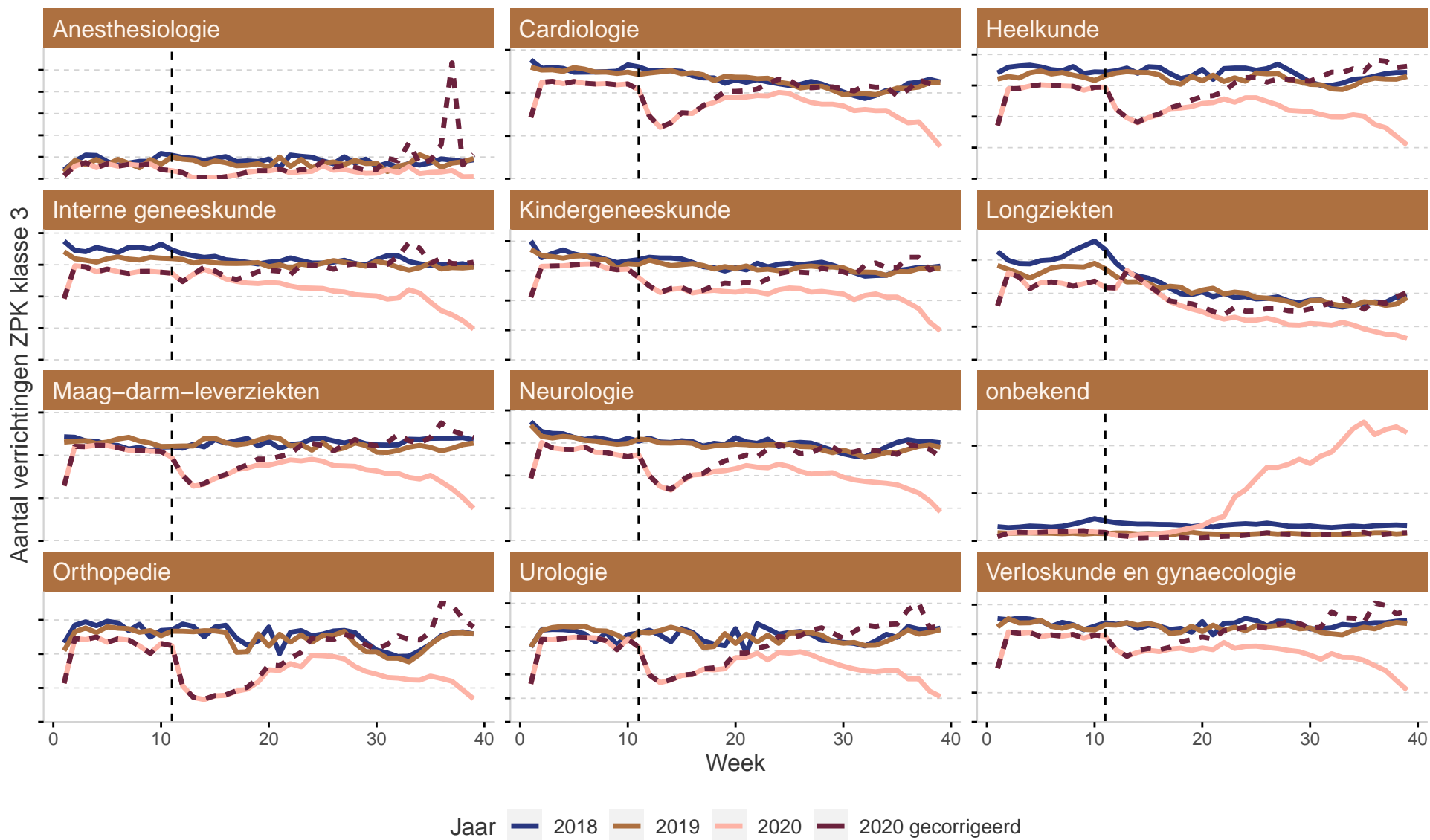
Het aantal operaties (Figuur 19) neemt de laatste maanden weer duidelijk toe. Na correctie is ook dit type zorgactiviteiten weer ongeveer op het niveau van 2018/2019 rond week 30 en is er bij sommige specialismen in de maanden augustus en september sprake van een inhaalslag, zoals bij interne geneeskunde, maag-darm-lever-ziekten, urologie en orthopedie.

Figuur 17 Aantal polikliniekbezoeken (zorgprofielklasse 1) per specialisme

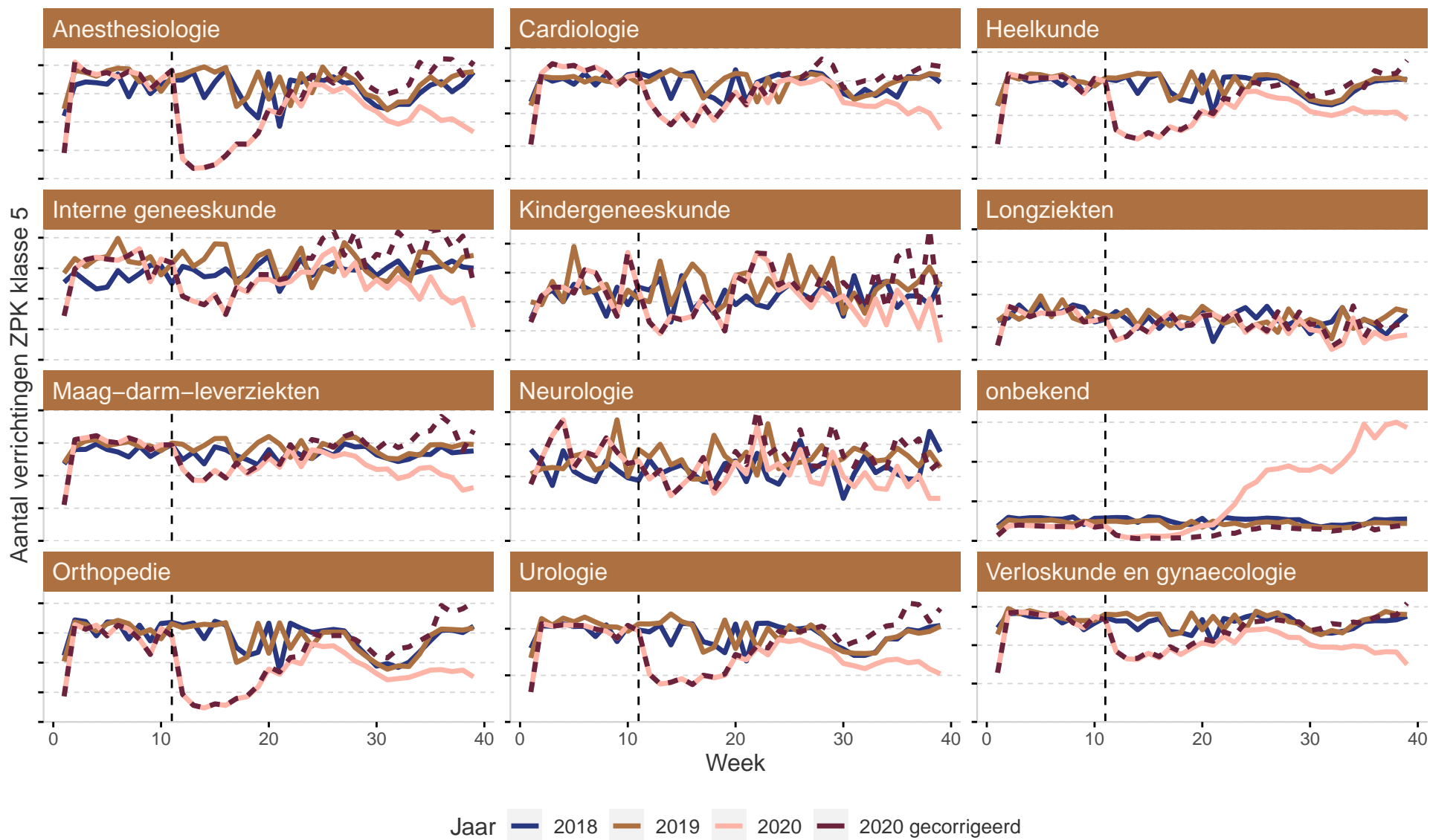




Figuur 18 Aantal klinische opnames (zorgprofielklasse 3) per specialisme



Figuur 19 Aantal operaties (zorgprofielklasse 5) per specialisme

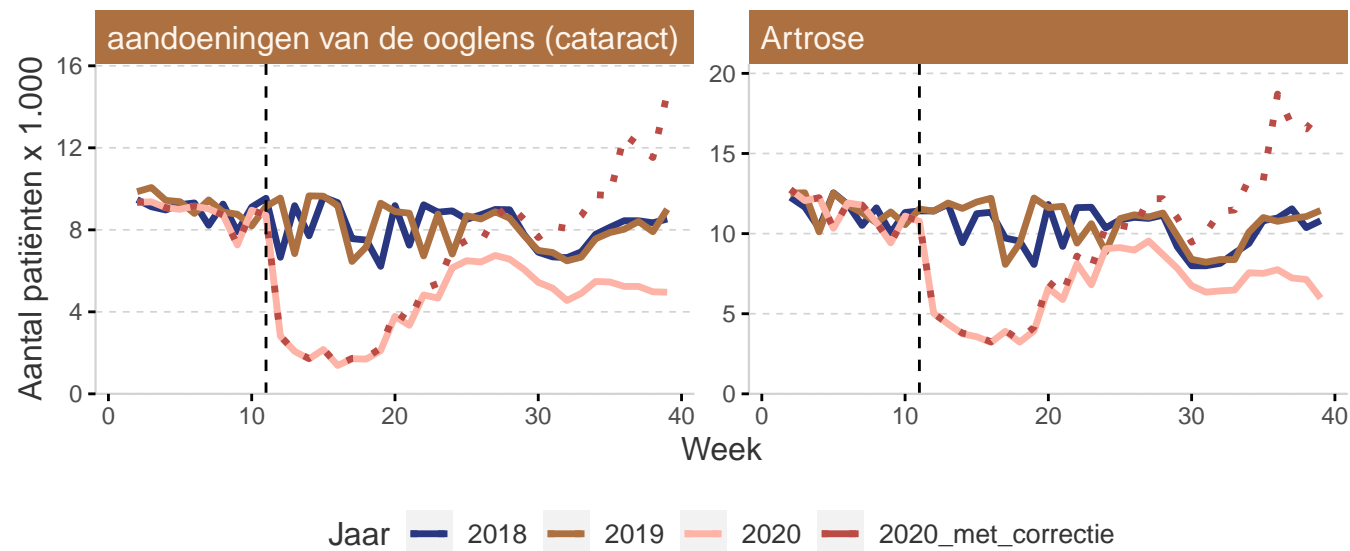


## 4.4 Specifieke patiëntgroepen: Staar en heup-/knievervanging

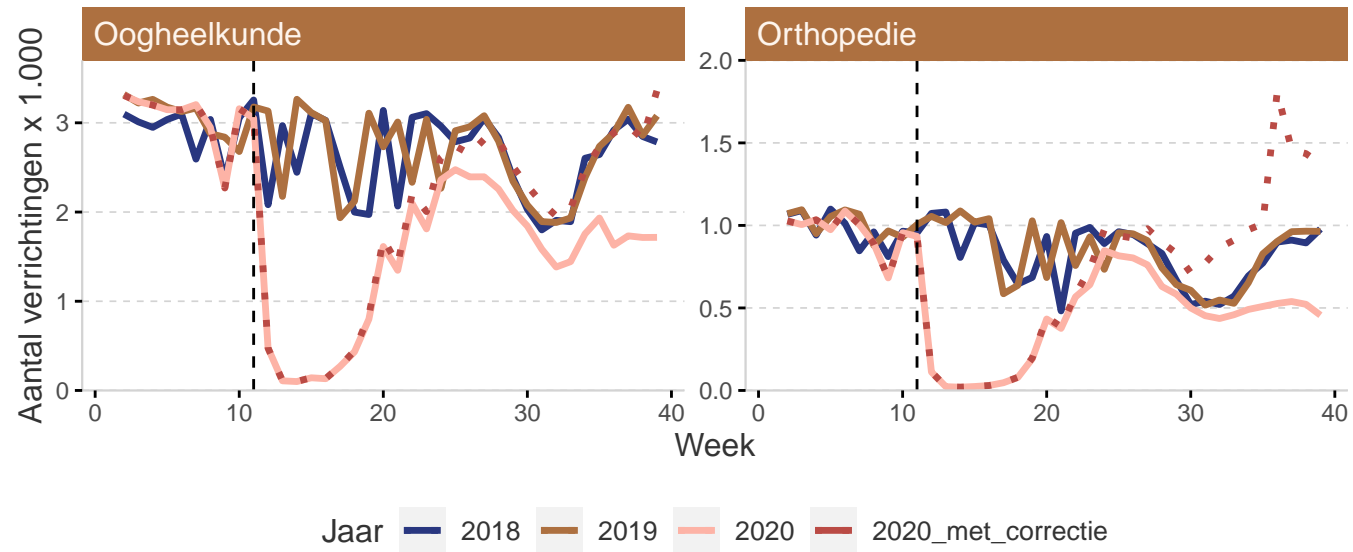
Twee specifieke patiëntgroepen die duidelijk herkenbaar zijn in de productiedata zijn de patiënten die voor een staaroperatie en de patiënten die voor een heup- of knievervanging naar het ziekenhuis komen. In beide gevallen betreft het niet-urgente zorg, en het aantal patiënten in deze groepen daalde in maart/april dan ook veel sterker dan het aantal patiënten dat met een andere zorgvraag in het ziekenhuis kwam (Figuur 20). Het aantal staaroperaties en knie-/heupvervangingen was in de eerste periode nagenoeg nul (Figuur 21).

Vanaf week 20 (medio mei) herstelde deze zorgvraag om in de loop van juli weer op het normale niveau te komen. In augustus en met name in september is het aantal operaties ruim boven het normale niveau en lijkt tenminste een deel van de uitgestelde zorgvraag ingehaald te worden.

Figuur 20 Aantal patiënten in de groepen artrose en cataract in het onderhanden werk 2018-2020.



Figuur 21 Aantal operaties (zorgprofielklasse 5) cataract en heup/knie per specialisme.



## 5. Wachttijden

Naast de verwijzingen en productiedata gebruikt de NZa de wachttijden MSZ om de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere ziekenhuiszorg te monitoren. Het gaat om de wachttijden voor polikliniekbezoeken, behandelingen en diagnostische activiteiten. Alle details omtrent deze regeling kunt u hier terugvinden. De wachttijden worden, in samenwerking met het RIVM, maandelijks gepubliceerd op [www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info).

Voor de drie wachttijdsorten zijn treeknormen vastgesteld. Dit zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden waarbinnen de patiënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg en vastgelegd in het 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw'. De treeknorm voor de wachttijden polikliniek en diagnostiek is vier weken. Voor de poliklinische behandelingen geldt een treeknorm van zes weken, voor klinische behandelingen is dit zeven weken. Het is lastig om per behandeling een vaste setting toe te wijzen, daarom gebruiken we voor alle behandelingen de norm van zes weken. Bij het vaststellen van het aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt leidt dit tot een kleine overschatting van het werkelijke aantal overschrijdingen.

Zorgaanbieders kunnen wachttijden die bij de NZa worden aangeleverd actueel of retrospectief berekenen. Bij de actuele methode (alleen voor wachttijden polikliniek en diagnostiek) wordt gerekend met de derde beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak. Bij de retrospectieve methode wordt gekeken naar de gerealiseerde wachttijd over de afgelopen maanden. De corona periode kan direct invloed hebben op de uitkomsten van beide methoden:

- Voor wachttijden die volgens de actuele methode berekend worden kan het afzeggen van afspraken leiden tot legere agenda's, en dus kortere toegangstijden volgens de letter van de regeling (de tijd tot de derde mogelijkheid in de agenda).
- Voor de retrospectieve wachttijden geldt dat er gedurende een bepaalde periode waarschijnlijk minder observaties zijn. Het aandeel urgente patiënten in de zorg die wel geleverd is, is mogelijk groter dan normaal. Het gevolg is dat de wachttijden een te rooskleurig beeld van de werkelijkheid schetsen.

De gemiddelde landelijke en regionale wachttijden worden in twee stappen berekend:

1. Per instelling (zowel ziekenhuizen als ZBC's) wordt de gemiddelde wachttijd berekend over alle locaties van de instelling waar de wachttijd beschikbaar is (het specialisme / de behandeling geleverd wordt).
2. De gemiddelde wachttijden van alle instellingen worden vervolgens gebruikt om het landelijke en regionale gemiddelde te berekenen.

In Figuur 22 wordt het aantal landelijke en regionale overschrijdingen van de treeknorm getoond voor de wachttijden polikliniek, behandeling en diagnostiek. Het totaal aantal wachttijden verschilt per wachttijdssoort. Voor de polikliniek gebruiken we alleen de 23 hoofdspecialismen. Daarnaast zijn er 40 behandelingen en 4 diagnostische activiteiten opgenomen in de regeling. Doordat niet alle zorg in alle regio's geleverd wordt kan het beschikbare aantal wachttijden per regio verschillen. Ook ontbreken in sommige regio's nog ziekenhuizen in de dataset. Er wordt aan gewerkt om het wachttijdbeeld spoedig compleet te maken.

In de meeste subfiguren in Figuur 22 is een dip te zien in april en mei. Dit wordt veroorzaakt door een flinke terugval in het aantal wachttijden dat in deze maanden is aangeleverd. In april en mei zijn er, respectievelijk 30% en 35% minder wachttijden aangeleverd ten opzichte van de eerste drie maanden van 2020 (berekend over het hele land). In regio's met wat minder zorgaanbieders kan het wegvallen van waarnemingen met hoge of lage wachttijden leiden tot flinke schommelingen in het gemiddelde (bijvoorbeeld regio Zwolle).

Uit Figuur 22 blijkt verder dat het landelijk aantal polikliniekbezoeken-wachttijden dat de treeknorm overschrijdt sinds juni ongeveer terug is op het niveau van begin dit jaar en na juni weer langzaam boven het niveau van begin dit jaar uitstijgt. Het aantal wachttijden voor geselecteerde behandelingen dat landelijk de treeknorm overschrijdt is gestegen.

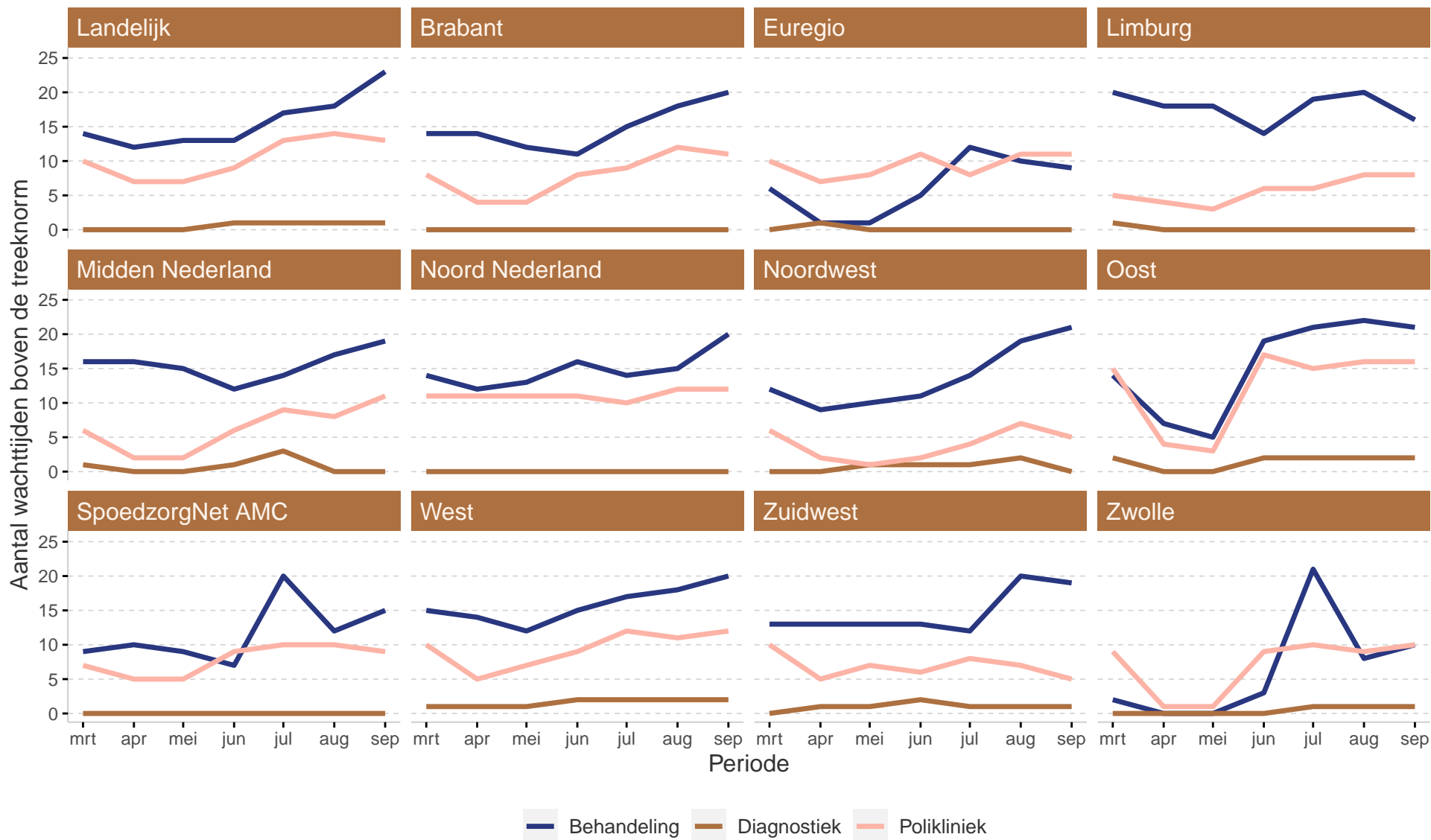
In de meeste regio's is het aantal wachttijden voor geselecteerde behandelingen dat de treeknorm overschrijdt boven het niveau uitgestegen van begin dit jaar. We zien dat er in de laatst beschikbare maand, september, een stijging zichtbaar is in alle regio's behalve Euregio, Limburg, Oost, Zuidwest en Zwolle. Voor wat betreft de wachttijden voor polikliniekbezoeken zien we de stijging in aantal wachttijden dat de treeknorm overschrijdt alleen in Midden Nederland.

Een verdieping van de wachttijden voor geselecteerde behandelingen per regio is te vinden in Figuur 23. Hierin wordt landelijk en per regio het verschil getoond tussen de gemiddelde wachttijd in januari en februari (de pre-corona periode) ten opzichte van de gemiddelde wachttijden in de afgelopen twee maanden. De verschillen worden onderverdeeld in vijf categorieën: onveranderde wachttijden, gedaalde wachttijden, licht gestegen wachttijden (1 of 2 weken) en sterk gestegen wachttijden (3 weken of meer). De laatste categorie, 'geen wachttijd', betekent dat voor deze behandeling in één of meerdere maanden die gebruikt worden in de berekening van het gemiddelde verschil geen wachttijd beschikbaar is. De verschillende categorieën worden weergegeven met kleuren en de regio's waar de wachttijd in de meest recente maand boven de treeknorm uitkomen zijn gemarkeerd met een \*. Alle totalen bij Figuur 23 zijn te vinden in Tabel 1.

De drie regio's met het hoogste aantal sterk gestegen behandelwachttijden (3+ weken) zijn Brabant (14) en West (12). Noordwest en Zwolle zijn de regio's met het grootste aantal totale stijgingen (respectievelijk 22 en 21). De wachttijd voor knie- en heup vervanging en staaroperaties zijn in vrijwel alle regio's toegenomen ten opzichte van de gemiddelde wachttijd in januari en februari.

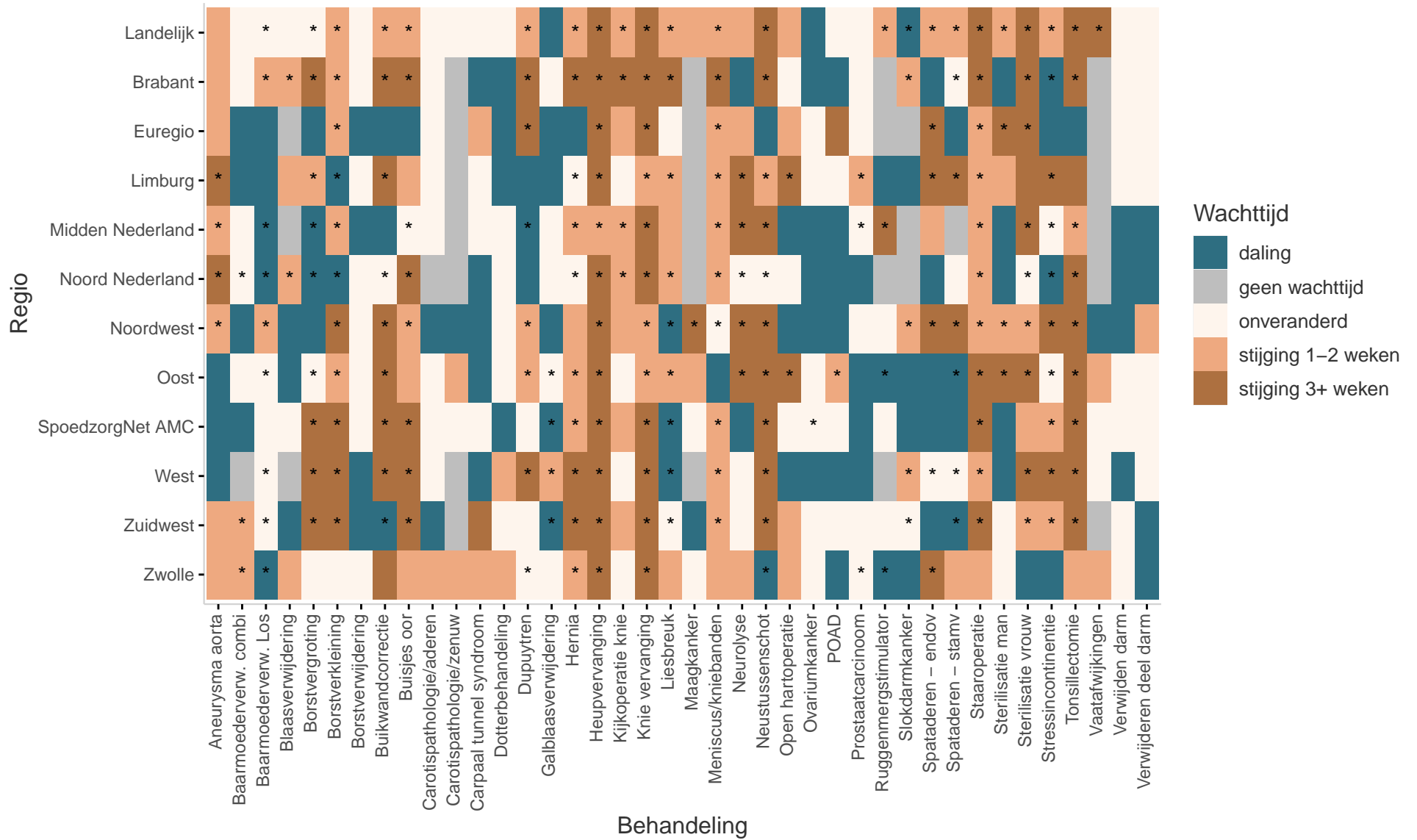
Ook is de gemiddelde wachttijd voor deze behandeling in alle regio's boven de treetnorm. In Hoofdstuk 4.4 zijn deze behandelingen verder uitgelicht.

Figuur 22 Het aantal overschrijdingen van de treeknorm per wachttijdsort gedurende de afgelopen zes maanden. De treeknorm voor een polikliniekbezoek of diagnostiek is vier weken. Voor poliklinische behandelingen is de treeknorm zes weken, voor een klinische behandeling is dit zeven weken. Het is lastig om de exacte behandelsetting vast te stellen. Daarom hanteren we voor alle behandelwachtlijden een norm van zes weken. Er zijn, respectievelijk 23, 40 en 4 wachttijden polikliniek (alleen hoofdspecialismen), behandeling en diagnostiek. Niet alle wachttijden zijn beschikbaar in elke regio.





Figuur 23 Het landelijke en regionale (ROAZ regio) verschil tussen de gemiddelde wachttijd in januari en februari ten opzichte van de gemiddelde wachttijd over de twee laatst beschikbare maanden. Indien er in één of meerdere maanden geen wachttijd in de regio beschikbaar is valt deze regio / wachttijd combinatie in de categorie 'geen wachttijd beschikbaar'. Regio's met een gemiddelde wachttijd boven de treeknorm in de laatst beschikbare maand zijn gemarkeerd met een \*.



Tabel 1 Overzicht totalen behandelwachtijden behorende bij Figuur 22

	daling	onveranderd	stijging 1-2 wk	stijging 3+ wk	stijging totaal	boven treeknorm	totaal
Landelijk	3	13	17	7	24	23	40
Brabant	8	9	5	14	19	20	36
Euregio	13	6	8	7	15	9	34
Limburg	8	9	10	10	20	17	37
Midden Nederland	11	8	10	5	15	19	34
Noord Nederland	13	11	5	5	10	20	34
Noordwest	13	5	12	10	22	21	40
Oost	9	12	10	9	19	21	40
SpoedzorgNet AMC	11	15	5	9	14	15	40
West	10	8	5	12	17	20	35
Zuidwest	9	12	7	10	17	19	38
Zwolle	8	11	17	4	21	10	40